

درخواست نامه ثبت نام فردی برای ثبت نام در پلان بیمه MEDICARE ADVANTAGE (قسمت C)

یادآوری:

- اگر بخواهید در دوره ثبت نام آزاد پاییز (15 اکتبر - 7 دسامبر) به پلان بیمه ملحق شوید، پلان بیمه باید فرم پر شده شما را تا 7 دسامبر دریافت کند.
- پلان بیمه صورتحساب حق بیمه را برای شما ارسال می کند. شما می توانید تریبی دهید که حق بیمه از حساب بانکی شما یا مزیت ماهانه تامین اجتماعی (یا هیات بازنشستگی راه آهن) کسر شود.

بعداً چه می شود؟

فرم پر شده و امضا شده را به نشانی زیر بفرستید:

L.A. Care Health Plan
Attn: Product Sales / Agent Enrollment
1200 W. 7th Street, 2nd Floor
Los Angeles CA 90017

هنگامی که نوبت رسیدگی به درخواست شما فرا برسد، با شما تماس می گیرند.

برای پر کردن این فرم از چه کسی کمک بگیرم؟

با شماره 1-833-592-3767 با پلان بیمه سلامت L.A. Care تماس بگیرید.

توانند با 711 تماس بگیرند یا TTY کاربران

یا با 1-800-877-2048

توانند با می TTY تماس بگیرید. کاربران (1-800-633-4227)

1-877-2048-486-2048 تماس بگیرند.

En español: Llame a L.A. Care Health Plan al 1-833-592-3767 / TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

افراد بی خانمان

- اگر می خواهید به پلان بیمه ملحق شوید ولی نشانی دائم ندارید، می توانید صندوق پستی، نشانی پناهگاه یا درمانگاه، یا نشانی محل دریافت مرسوله پستی (مثلاً چک تامین اجتماعی) را نشانی دائم خود فرض کنید.

چه کسانی می توانند از این فرم استفاده کنند؟

افراد دارای پوشش Medicare که می خواهند به پلان بیمه Medicare Advantage ملحق شوند

برای پیوستن به پلان بیمه، باید:

- شهروند ایالات متحده یا ساکن قانونی ایالات متحده باشید
- ساکن ناحیه سرویس پلان بیمه باشید

مهم: برای پیوستن به پلان بیمه Medicare Advantage،

باید دو پوشش زیر را نیز داشته باشید:

- Medicare قسمت A (بیمه بیمارستان)
- Medicare قسمت B (بیمه پزشکی)

چه زمانی باید از این فرم استفاده کنم؟

بازه زمانی پیوستن به پلان بیمه:

- از 15 اکتبر تا 7 دسامبر هر سال (برای پوششی که از 1 ژانویه برقرار می شود)
- ظرف 3 ماه پس از برقرار شدن پوشش Medicare
- در شرایط خاص که اجازه پیوستن به پلان بیمه یا تعویض پلان بیمه به شما داده می شود

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره زمان ثبت نام در پلان بیمه، به Medicare.gov مراجعه کنید.

برای پر کردن این فرم به چه اطلاعاتی نیاز دارم؟

- شماره Medicare (شماره مندرج در کارت Medicare قرمز، سفید و آبی)
- نشانی دائم و شماره تلفن

توجه: پر کردن همه آیتم های بخش 1 الزامی است.

پاسخ گویی به آیتم های بخش 2 اختیاری است — خودداری از پاسخ گویی سبب محرومیت شما از پوشش بیمه نمی شود.

طبق بیانیه افشای PRA طبق «قانون کاهش تشریفات اداری 1995»، هیچ فردی ملزم به همکاری با فرآیند جمع آوری اطلاعات نیست، مگر این که آن فرآیند شماره کنترل معتبر OMB داشته باشد. شماره کنترل معتبر OMB مربوط به این فرآیند جمع آوری اطلاعات 1378-0938 است. میانگین زمان لازم برای جمع آوری اطلاعات 20 دقیقه برای هر پاسخ، شامل زمان مرور دستورالعمل، جستجوی منابع اطلاعاتی موجود، گردآوری داده های لازم و تکمیل و بازبینی روند جمع آوری اطلاعات، برآورد می شود. اگر نظری درباره دقت برآوردهای زمانی یا پیشنهادی درباره اصلاح این فرم دارید، با نشانی زیر مکاتبه کنید: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

مهم

از ارسال این فرم یا مستندات حاوی اطلاعات شخصی (مانند مستندات مطالبه، پرداخت ها، پرونده پزشکی و...) به دفتر صدور گزارش PRA خودداری کنید. مدارکی که به دست ما برسد و به روش بهسازی این فرم یا کاهش زحمت جمع آوری آن مربوط نباشد (ذکر شده در OMB 0938-1378)، معدوم خواهد شد. نگهداری، بازبینی یا انتقال مدارک به پلان بیمه صورت نمی گیرد. در مورد ارسال فرم پر شده به پلان بیمه، به بخش «بعداً چه می شود؟» در این صفحه مراجعه کنید.

بخش اول – پر کردن همه فیلدهای این صفحه لازم است (مگر این که اختیاری معرفی شده باشد)**پلان بیمه‌ای را که می‌خواهید به آن بپیوند انتخاب کنید:**

[] \$0 – L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) در ماه

نام خانوادگی:		نام اختیاری: نام میانی:	
نام:	شماره تلفن:	جنسیت:	تاریخ تولد: (MM/DD/YYYY)
[] منزل [] همراه	()	[] مذکر [] مؤنث	(/ /)
نشانی خیابان محل سکونت دائم (کدپستی وارد نکنید):			
کدپستی:	ایالت:	[] اختیاری: کانتی:	شهر:
نشانی پستی، اگر با نشانی دائم شما تفاوت دارد (وارد کردن کدپستی مجاز است):			
نشانی خیابان:			

اطلاعات Medicare شما:**شماره Medicare:****به این پرسش‌های مهم پاسخ دهید:**

آیا، علاوه بر L.A. Care Medicare Plus، پوشش بیمه دیگری برای داروهای تجویزی (مانند VA، TRICARE) دارید؟
[] بله [] خیر

نام پوشش دیگر: شماره عضویت مربوط به این پوشش: شماره گروه مربوط به این پوشش:

آیا در Medi-Cal ثبت نام کرده‌اید؟	اگر «بله»، شماره Medi-Cal خود را وارد کنید:
[] بله [] خیر	

مهم: قسمت زیر را بخوانید و امضا کنید:

- برای حفظ پوشش L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP)، باید هم پوشش بیمارستان (قسمت A) و هم پوشش پزشکی (قسمت B) را حفظ کنم.
- با پیوستن به Medicare Advantage، اعلام می‌کنم که L.A. Care Medicare Plus می‌تواند اطلاعات من را با Medicare به اشتراک بگذارد و Medicare می‌تواند از این اطلاعات برای پایش وضعیت ثبت نام، پرداخت وجه و دیگر اموری که طبق قانون فدرال در زمینه جمع‌آوری این اطلاعات مجاز است، استفاده کند (به «بیانیه قانون حریم خصوصی» زیر مراجعه کنید). پر کردن این فرم اختیاری است. البته، پاسخ ندادن به پرسش‌ها ممکن است بر فرآیند ثبت نام شما در پلان بیمه تأثیر بگذارد.
- من می‌دانم که ثبت نام همزمان در بیش از یک پلان بیمه MA مجاز نیست و ثبت نام در این پلان باعث می‌شود که عضویت من در دیگر پلان بیمه MA به طور خودکار باطل شود (برای پلان‌های MA PFFS، MA MSA موارد استثنا اعمال می‌شود).
- من می‌دانم که پس از برقرار شدن پوشش L.A. Care Medicare Plus، من باید همه مزایای پزشکی و داروهای نسخه‌ای خود را از L.A. Care Medicare Plus دریافت کنم. مزایا و خدمات دریافتی از L.A. Care Medicare Plus و مندرج در سند «مدرک پوشش» L.A. Care Medicare Plus (معروف به قرارداد عضو یا قرارداد مشترک) پوشش داده می‌شود. نه Medicare و نه L.A. Care Medicare Plus هزینه مزایا یا خدمات فاقد پوشش را پرداخت نمی‌کند.
- اطلاعات مندرج در این فرم ثبت نام، تا جایی که می‌دانم، درست است. می‌دانم که اگر عمداً اطلاعات نادرستی در این فرم درج کنم، عضویت من در پلان بیمه لغو می‌شود.
- می‌دانم که امضای من (یا امضای نماینده قانونی مجاز من) در این درخواست‌نامه به این معنی است که محتویات این درخواست‌نامه را خوانده و فهمیده‌ام. در صورت درج شدن امضای نماینده مجاز (طبق توضیحات بالا)، این امضا گواهی می‌کند که: (1) این شخص طبق قوانین ایالتی مجاز به تکمیل این فرآیند ثبت نام است و (2) مدارک این صلاحیت باید بنا به درخواست ارائه شود.

تاریخ امروز:	امضا:
اگر نماینده مجاز هستید، قسمت بالا را امضا و این فیلدها را پر کنید:	
نشانی:	نام:
نسبت با ثبت نام‌کننده:	شماره تلفن:

بخش 2 - همه فیله‌ها در این بخش اختیاری هستند

پاسخ دادن به این پرسش‌ها اختیاری است. خودداری از پاسخ‌گویی سبب محرومیت شما از پوشش بیمه نمی‌شود.

آیا اصالتاً هیسپانیک، لاتین یا اسپانیایی هستید؟ همه موارد مرتبط را انتخاب کنید.

- [] بله، مکزیکی، مکزیکی آمریکایی، چیکانو
[] بله، کوبایی
[] خیر، اصالت هیسپانیک، لاتین یا اسپانیایی ندارم
[] بله، پورتوریکویی
[] بله، از دیگر تبارهای هیسپانیک، لاتین یا اسپانیایی
[] ترجیحاً پاسخ نمی‌دهم.

نژاد شما چیست؟ همه موارد مرتبط را انتخاب کنید.

- [] سیاه یا آمریکایی آفریقایی
[] بومی هاوایی یا اهل جزایر پاسیفیک:
[] اهل گوام یا چامورو
[] بومی هاوایی
[] ساموایی
[] از دیگر جزایر پاسیفیک
[] سفید
[] ترجیحاً پاسخ نمی‌دهم
[] سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا
آسیایی:
[] هندی آسیایی
[] چینی
[] فیلیپینی
[] ژاپنی
[] کره‌ای
[] ویتنامی
[] دیگر نژادهای آسیایی

جنسیت شما چیست؟ یکی را انتخاب کنید.

- [] من از عبارت دیگری استفاده می‌کنم: _____
[] زن
[] مرد
[] غیردوتایی
[] ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم.

کدام یک از موارد زیر بهتر نشان می‌دهد که شما چه فکری درباره خود می‌کنید؟ یکی را انتخاب کنید

- [] من از عبارت دیگری استفاده می‌کنم: _____
[] همجنس‌گرای زن یا همجنس‌گرای مرد
[] استریت، یعنی نه همجنس‌گرای مرد و نه همجنس‌گرای زن
[] دوجنسیتی
[] نمی‌دانم
[] ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم.

اگر زبان ترجیحی شفاهی شما غیر از انگلیسی است، آن را انتخاب کنید.
[] اسپانیایی [] ماندارین [] کانتونس [] کره‌ای [] ارمنی [] روسی [] عربی
[] تاگالوگ [] ویتنامی [] فارسی [] خمر/کامبوجی

اگر می‌خواهید اطلاعات را به زبانی غیر از انگلیسی برای شما بفرستیم، یک زبان را انتخاب کنید.
[] اسپانیایی [] چینی [] کره‌ای [] ارمنی [] روسی [] عربی [] تاگالوگ
[] ویتنامی [] فارسی [] خمر/کامبوجی

اگر می‌خواهید اطلاعات را در قالب دسترس‌پذیر برای شما بفرستیم، یکی از قالب‌ها را انتخاب کنید.
[] چاپ درشت [] لوح فشرده صوتی [] لوح فشرده داده [] بریل

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره قالب‌های دسترس‌پذیر، غیر از موارد پیش‌گفته، با 3767-522-833-1 یا L.A. Care با Medicare Plus تماس بگیرید. در هر ساعت از شبانه‌روز و هر یک از روزهای هفته -از جمله تعطیلات- می‌توانید با این شماره تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 711 تماس بگیرند.

آیا شاغل هستید؟ [] بله [] خیر
آیا همسرتان شاغل است؟ [] بله [] خیر

پزشک مراقبت اولیه (PCP) شما:	
نشانی PCP:	شماره تلفن PCP: ()
آیا هم‌اکنون بیمار این پزشک هستید؟ [] بله [] خیر	گروه پزشکی / IPA:
شماره شناسایی ارائه‌دهنده L.A. Care (در راهنمای ارائه‌دهندگان درج شده است):	
نوع شماره تلفن: [] منزل [] همراه	شماره تلفن ثانوی شما: ()
[] با علامت زدن این کادر به L.A. Care اجازه می‌دهید که با شما، مثلاً از طریق تلفن یا پیامک، تماس بگیرد. در هر زمان می‌توانید با L.A. Care تماس بگیرید و این مجوز را تغییر دهید.	
نشانی ایمیل:	
[] با علامت زدن این کادر به L.A. Care اجازه می‌دهید که با شما از طریق ایمیل ارتباط برقرار کند. اطلاعات مهم پلان بیمه همچنان از طریق پست برای شما ارسال می‌شود. در هر زمان می‌توانید از طریق 1-833-522-3767-711 TTY با L.A. Care Medicare Plus تماس بگیرید و این مجوز را تغییر دهید	

شماره تلفن فردی که بتوان در مواقع اضطراری با وی تماس گرفت:	کامل نام فردی که بتوان در مواقع اضطراری با وی تماس گرفت:
نسبت با ذینفع:	نشانی ایمیل فردی که بتوان در مواقع اضطراری با آنها تماس گرفت:

برای افرادی که در تکمیل این فرم کمک می‌کنند	
اگر فردی هستید (یعنی عوامل، کارگزاران، مشاوران SHIP، اعضای خانواده یا سایر افراد) که به ثبت نام شده در پر کردن این فرم کمک می‌کنند، این بخش را پر کنید.	
وابستگی به ثبت نام کننده:	نام:
شماره ملی تولید کننده (فقط عاملین/ کارگزاران):	امضاء:
آدرس ایمیل:	شماره تلفن:
تاریخ پیشنهادی اجرا:	تاریخ دریافت:

بیانیه قانون حریم خصوصی

مراکز خدمات Medicare و Medicaid (یا CMS)، با هدف پایش وضعیت ثبت‌نام ذینفعان در پلان‌های Medicare Advantage (MA)، بهسازی کیفیت خدمات، و پرداخت هزینه مزایای Medicare، اطلاعاتی را از پلان‌های بیمه Medicare جمع‌آوری می‌کند. جمع‌آوری این اطلاعات بر اساس بخش‌های 1851 از «قانون تامین اجتماعی» و CFR §§ 422.50 و 422.60 مجاز است. CMS می‌تواند داده‌های ثبت‌نام دریافتی از ذینفعان Medicare را طبق اطلاعیه سامانه بایگانی (SORN) «داروی نسخه‌ای (MARx) Medicare Advantage»، سامانه شماره 0588-70-09، مصرف، فاش و مبادله کند. پر کردن این فرم اختیاری است. البته، پاسخ ندادن به پرسش‌ها ممکن است بر فرایند ثبت‌نام شما در پلان بیمه تاثیر بگذارد.