

فرم درخواست ثبتنام انفرادی برای ثبتنام در MEDICARE ADVANTAGE PLAN (بخش C)

چه کسی می تواند از این فرم استفاده کند؟

افراد دارای Medicare که می خواهند به Medicare Advantage Plan بپیوندند

یادآوری ها:

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

برای پیوستن به طرح، باید:

- شهروند ایالات متحده یا مقیم قانونی ایالات متحده باشید
- ساکن ناحیه خدمات طرح باشید

مهم: برای پیوستن به Medicare Advantage Plan، باید دو پوشش زیر را نیز داشته باشید:

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

بعد 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 >

هنگام رسیدن نوبت رسیدگی به درخواست شما، با شما تماس خواهند گرفت.

برای پر کردن این فرم از چه کسی می توانم کمک بگیرم؟

با < L.A. Care Health Plan > به شماره

< 1-833-592-3767 > تماس بگیرید. کاربران TTY می

توانند با شماره < 711 > تماس بگیرند.

یا با Medicare به این شماره تماس بگیرید:

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

می توانند با 1-877-486-2048 تماس TTY کاربران

بگیرند.

چه زمان از این فرم استفاده می کنم؟

بازه زمانی پیوستن به طرح:

- از 15 اکتبر تا 7 دسامبر هر سال (برای پوششی که در 1 ژانویه شروع می شود)
- ظرف 3 ماه پس از دریافت پوشش Medicare برای نخستین بار
- در شرایط خاص، اجازه پیوستن به طرح یا تعویض طرح به شما داده می شود
- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره زمان ثبتنام در طرح، به [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) مراجعه کنید.

برای پر کردن این فرم به چه اطلاعاتی نیاز دارم؟

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

توجه: باید تمام موارد بخش 1 را تکمیل کنید. موارد بخش 2 اختیاری هستند — خودداری از پاسخ گویی، سبب محرومیت شما از پوشش نمی شود.

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 طرح ملحق شوید ولی اقامت دائم ندارید، می توانید صندوق پستی، نشانی پناهگاه یا درمانگاه، یا یک نشانی که مرسوله های پستی (مثلاً چک تامین اجتماعی) را در آن دریافت می کنید، می تواند نشانی دائم شما در نظر گرفته شود.

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. 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

این فرم یا موارد حاوی اطلاعات شخصی خود (مانند اداها، پرداخت ها، سوابق پزشکی و غیره) را به دفتر ترخیص گزارش های PRA ارسال نکنید. 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)، معوم خواهد شد. نگهداری، بازبینی یا انتقال مدارک به طرح بیمه صورت نمی گیرد. بخش «بعد چه اتفاقی می افتد؟» در این صفحه را برای چگونگی ارسال فرم کامل شده به طرح بیمه، مشاهده کنید.

بخش 1 – پر کردن همه فیلدهای این صفحه ضروری است (مگر این که اختیاری معرفی شده باشند)

طرح بیمه‌ای را که می‌خواهید به آن بپیوند انتخاب کنید:
[] L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) <0\$> در ماه

نام کوچک:

نام خانوادگی:

[اختیاری: نام میانی]:

تاریخ تولد: (MM/DD/YYYY)

جنسیت:

شماره تلفن:

نوع شماره تلفن:

[] مرد [] زن () [] خانه [] همراه

نشانی خیابان محل سکونت دائم (کدپستی وارد نکنید) برای اشخاص بی‌خانمان، ممکن است صندوق پستی به عنوان نشانی اقامت دائم در نظر گرفته شود:

شهر:

[اختیاری: کانتی]:

ایالت:

کدپستی:

نشانی پستی، اگر با نشانی دائم شما تفاوت دارد (وارد کردن کدپستی مجاز است):

نشانی خیابان:

شهر:

ایالت:

کد پستی:

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

آیا پوشش بیمه دیگری برای داروهای تجویزی (مانند VA و TRICARE) دارید؟ علاوه بر <L.A. Care Medicare Plus>؟ [] بله [] خیر
نام پوشش دیگر: شماره عضویت مربوط به این پوشش: شماره گروه مربوط به این پوشش:

آیا در Medi-Cal ثبت‌نام کرده‌اید؟

[] بله [] خیر

اگر «بله»، شماره Medi-Cal خود را ارائه کنید:

مهم: قسمت زیر را بخوانید و امضا کنید:

- باید هم بیمارستان (بخش A) و هم پزشکی (بخش B) داشته باشید تا در <L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP)> بمانید.
- با پیوستن به این Medicare Advantage، تصدیق 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 ثبت‌نام، پرداخت وجه و دیگر اموری که طبق قانون فدرال در زمینه جمع‌آوری این اطلاعات مجاز است، استفاده کند (به «بیانیه قانون حریم خصوصی» در زیر مراجعه کنید). پر کردن این فرم اختیاری است. البته، پاسخ ندادن به پرسش‌ها ممکن است بر فرآیند ثبت‌نام شما در طرح بیمه تأثیر بگذارد.
- می‌دانم که ثبت‌نام همزمان در بیش از یک طرح بیمه MA مجاز نیست - و ثبت‌نام در این طرح باعث می‌شود که عضویت من در دیگر طرح بیمه MA به‌طور خودکار باطل شود (برای طرح‌های MA MSA، MA PFFS موارد استثنا اعمال می‌شود).
- من این را درک می‌کنم 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 ارائه شده توسط <L.A. Care Medicare Plus> و موجود در «سند پوشش» <L.A. Care Medicare Plus> من (که به عنوان قرارداد عضو یا قرارداد مشترک نیز شناخته می‌شود) تحت پوشش قرار خواهد گرفت. نه Medicare و نه <L.A. Care Medicare Plus> برای مزایا یا خدماتی که تحت پوشش نیستند، هزینه‌ای پرداخت نخواهند کرد.
- اطلاعات مندرج در این فرم ثبت‌نام، تا جایی که می‌دانم، درست است. می‌دانم که اگر عمداً اطلاعات نادرستی در این فرم درج کنم، عضویت من در طرح 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. امضای نماینده مجاز (طبق توضیح بالا) گواهی می‌کند که:
(1) این شخص، طبق قانون ایالت، مجاز به پر کردن این فرم ثبت‌نام است و
(2) مستندات این مجوز، بنا به درخواست، باید در اختیار Medicare قرار بگیرد.

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

بخش 2 - همه فیلدها در این بخش اختیاری هستند

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

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 [] خمری/کامبوجی

اگر می‌خواهید اطلاعات را در قالب دسترس‌پذیر برای شما بفرستیم، یکی از قالب‌ها را انتخاب کنید.

[] چاپ با حروف درشت [] سی‌دی صوتی [] سی‌دی داده [] بریل

اگر به اطلاعات در یک قالب قابل دسترسی نیاز دارید لطفاً با < L.A. Care Medicare Plus > به شماره <1-833-522-3767> تماس بگیرید. ساعات کار ما > 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، در دسترس هستیم. کاربران TTY می‌توانند با <شماره 711> تماس بگیرند.

آیا شاغل هستید؟ [] بله [] خیر آیا همسر/تان شاغل است؟ [] بله [] خیر

نام پزشک مراقبت‌های اولیه (PCP) خود را وارد کنید:

شماره تلفن PCP: ()
نشانی PCP:

شماره شناسایی ارائه‌دهنده L.A. Care: (در راهنمای ارائه‌دهندگان درج شده است):
گروه پزشکی / IPA:
آیا در حال حاضر بیمار این پزشک هستید؟ [] بله [] خیر

شماره تلفن دوم شما: نوع تلفن: [] خانه [] همراه

نشانی ایمیل:

[] با علامت زدن این کادر، موافقت می‌کنید که به L.A. Care اجازه تماس و برقراری ارتباط با شما، از جمله از طریق تماس یا ارسال پیامک را می‌دهید. اطلاعات مهم طرح بیمه همچنان از طریق پست برای شما ارسال می‌شود. در هر زمان می‌توانید این رضایت را با تماس با L.A. Care Medicare Plus به شماره <TTY 711 1-833-522-3767> تغییر دهید.

نام کامل رابط مواقع اضطراری:
شماره تلفن رابط مواقع اضطراری: ()

ایمیل رابط مواقع اضطراری:
نسبت با ذینفع:

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

بیانیه قانون حریم خصوصی

مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) اطلاعاتی از طرح های Medicare جمع آوری می کند تا ثبت نام ذینفعان خدمات در طرح های Medicare Advantage (MA) Plan را پیگیری کرده، مراقبت را بهبود بخشند و مزایای Medicare را پرداخت کنند. جمع آوری این اطلاعات بر اساس بخشهای 1851 از «قانون تامین اجتماعی» و CFR §§ 422.50 42 و 422.60 مجاز است. CMS می تواند داده های ثبت نام دریافتی از ذینفعان Medicare را طبق اطلاعیه سامانه بایگانی (SORN) «داروی نسخه ای Medicare Advantage (MARx)»، سامانه شماره 09-70-0588، مصرف، فاش و مبادله کند. پر کردن این فرم اختیاری است. البته، پاسخ ندادن به پرسش ها ممکن است بر فرآیند ثبت نام شما در طرح بیمه تاثیر بگذارد.