OneCare Connect
CalOptima
A Public Agency
Better. Together.

احتفظ بنسخة من هذا النموذج لسجلاتك.

نموذج طلب التسجيل في خطة
Medicare OneCare Connect Cal MediConnect (Medicaid) Plan

للانضمام إلى خطة Medicare-Medicaid Plan، يجب أن يكون لديك القسم A من Medicare (تأمين المستشفيات)، والقسم B من Medicare (التأمين الطبي)، وMedi-Cal.

اختر خطة صحية:

☐ OneCare Connect

المعلومات الخاصة بك:

الاسم: (الأول، الأوسط، العائلة)			
تاريخ الميلاد: (_ _ _ _ / _ _ / _ _) **شهر/يوم/سنة**		**الجنس:** ☐ **أنثى** ☐ **ذكر**	
رقم الهاتف:	**رقم الهاتف الثاني:**	**عنوان البريد الإلكتروني:**	
عنوان المنزل:			
المدينة:	**الولاية:**	**الرمز البريدي:**	**المقاطعة (اختياري):**
العنوان البريدي (إذا كان مختلفًا عن عنوان المنزل):			
المدينة:	**الولاية:**	**الرمز البريدي:**	**المقاطعة (اختياري):**
اسم شخص للاتصال به في حالة الطوارئ:		**رقم هاتف شخص للاتصال به في حالة الطوارئ:**	

WHITE-Processing Individual YELLOW-OneCare Connect Representative PINK-Enrolling Individual

يرجى تحديد أحد المربعات أدناه إذا كنت تفضل إرسال المعلومات لك بلغة أخرى غير الإنجليزية أو بتنسيق يسهل الاطلاع عليه:

الكورية ___ الفارسية ___ الفيتنامية ___ الإسبانية ___
طريقة بريل، أو شريط صوتي، أو الطباعة بحروف كبيرة ___ العربية ___ الصينية ___

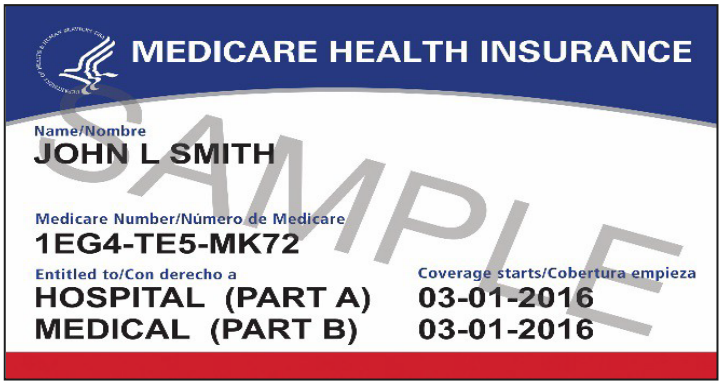
يرجى الاتصال بـ OneCare Connect على الرقم **1-855-705-8823** إذا احتجت إلى معلومات بتنسيق يسهل الاطلاع عليه أو بلغة غير اللغات المدرجة أعلاه، أيام العمل لدينا تبدأ من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم **711**.

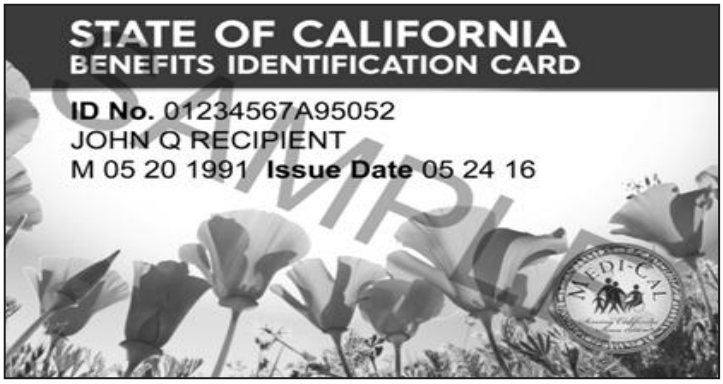
أطلعنا على الأماكن التي تتلقى فيها خدمات الرعاية عادةً:

الهاتف:	**اسم مزود الرعاية الأولية أو العيادة أو المركز الصحي:**

أخبرنا عن تغطيتك من خلال برنامجي Medicare وMedi-Cal:

قم بتعبئة معلومات Medicare وMedi-Cal الخاصة بك الموجودة أدناه. يمكنك العثور على هذه المعلومات على بطاقتك الحمراء والبيضاء والزرقاء الصادرة عن Medicare أو هيئة تقاعد السكة الحديد. وأيضًا، يرجى تضمين رقم بطاقة تعريف (ID) برنامج Medi-Cal الخاص بك كما هو موضح على الجزء الأمامي من بطاقة Medi-Cal الخاصة بك.





الاسم (كما هو موضح في بطاقة Medicaid الخاصة بك):
رقم Medicare:

الاسم (كما هو موضح في بطاقة Medicare الخاصة بك):	
رقم Medicare:	
مستحق لـ:	تاريخ السريان:
تأمين المستشفيات (القسم A):	
التأمين الطبي (القسم B):	
يجب أن تكون مسجلًا في القسم A والقسم B من Medicare للانضمام إلى خطة MMP.	

WHITE-Processing Individual YELLOW-OneCare Connect Representative PINK-Enrolling Individual

معلومات شخصية أخرى:

هل تعاني مرض الفشل الكلوي في مراحله النهائية (End-Stage Renal Disease, ESRD)؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، وقد أجريت لك عملية زراعة كلية ناجحة و/أو لم تعد بحاجة إلى إجراء غسل كلى بانتظام، يرجى إرفاق ملاحظة من طبيبك.	نعم ☐ لا ☐
هل تعيش في مرفق للرعاية الطويلة الأجل؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، فقم بتعبئة المعلومات أدناه:	نعم ☐ لا ☐
اسم المرفق:	**الهاتف:**

هل تعمل؟ ☐نعم ☐لا	**هل أنت متزوج؟** ☐نعم ☐ لا	**هل يعمل زوجك/زوجتك؟** ☐نعم ☐لا

معلومات حول تغطيتك الصحية وتغطية الأدوية الموصوفة طبيًا:

يوجد لدى بعض الأشخاص تأمين صحي أو تغطية للأدوية من خلال تأمين خاص، أو TRICARE، أو أصحاب العمل، أو الاتحادات، أو شؤون قدامى المحاربين، أو برامج المساعدات الصيدلانية بالولاية (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP)

هل توجد لديك تغطية صحية أخرى؟ ***إذا كانت الإجابة "نعم"، فقم بتعبئة المعلومات أدناه:*** ☐ نعم ☐ لا	
اسم خطتك ***(وصاحب العمل، إن وجد):***	**رقم المجموعة:**
	رقم بطاقة التعريف (ID):
اسم خطتك ***(وصاحب العمل، إن وجد):***	**رقم المجموعة:**
	رقم بطاقة التعريف (ID):
اسم خطتك ***(وصاحب العمل، إن وجد):***	**رقم المجموعة:**
	رقم بطاقة التعريف (ID):
اسم خطتك ***(وصاحب العمل، إن وجد):***	**رقم المجموعة:**
	رقم بطاقة التعريف (ID):
اسم خطتك ***(وصاحب العمل، إن وجد):***	**رقم المجموعة:**
	رقم بطاقة التعريف (ID):

إذا كانت لديك تغطية صحية من صاحب عمل أو اتحاد حاليًا، فقد تفقد أنت (أو من تعولهم) هذه التغطية عند الانضمام إلى OneCare Connect. يمكن لصاحب العمل أو الاتحاد الخاص بك تزويدك بمزيد من المعلومات حول تغطيتك. إذا كانت لديك أسئلة، فتحدث إلى الشخص المسؤول في مكتبك عن المزايا.

يرجى قراءة النموذج والتوقيع أدناه.

عندما تقوم بتوقيع هذا النموذج، فهذا يعني أنك تفهم ما يلي:

- يوجد لدى OneCare Connect عقد مع الحكومة الفيدرالية ومع ولاية كاليفورنيا.

- قد تكون الخدمات الصحية التي تحصل عليها من خطتك الصحية الجديدة مختلفة عن الخدمات التي كنت تتلقاها سابقًا.
- يتعين عليَّ الحفاظ على التسجيل في القسمين A وB من Medicare وMedi-Cal.
- لا يمكنني سوى الانضمام إلى خطة Medicare واحدة في الوقت نفسه.
- من خلال الانضمام إلى OneCare Connect، فإنني سوف أنهي تسجيلي في خطة Medicare الصحية الأخرى أو خطة الأدوية الموصوفة طبيًا.
- يتعين عليَّ إطلاع برنامجي Medicare وMedi-Cal بأي تغطية للأدوية الموصوفة طبيًا أتمتع بها أو يمكنني الحصول عليها في المستقبل.
- إذا انتقلت، يجب عليَّ إطلاع OneCare Connect.
- كأحد أعضاء OneCare Connect، لديَّ الحق في تقديم طعن إذا لم أوافق على قرارات OneCare Connect بشأن المدفوعات أو الخدمات.
- أعي أن كتيب أعضاء OneCare Connect (إثبات التغطية) يتضمن القواعد التي يجب عليَّ اتباعها.
- لا تغطي OneCare Connect الأشخاص عادةً أثناء وجودهم خارج البلاد، ولكن قد يكون هناك تغطية محدودة للأشخاص المتواجدين في بلاد أخرى قريبة من الولايات المتحدة.
- بتاريخ بدء تغطية OneCare Connect، يتعين عليَّ الحصول على الرعاية الصحية من مقدمي رعاية تابعين لـ OneCare Connect باستثناء الحالات التي أحتاج فيها إلى رعاية طارئة أو عاجلة أو غسل كلى خارج نطاق منطقة الخدمات، أو إذا حصلت على موافقة OneCare Connect أو ولاية كاليفورنيا لزيارة مقدمي رعاية آخرين في بعض الحالات.
- ستقوم OneCare Connect بتغطية رعايتي الصحية التي أحصل عليها من أطباء OneCare Connect ومقدمي رعاية آخرين كما هو موضح في كتيب الأعضاء (إثبات التغطية) لمعرفة الخدمات الخاضعة للتغطية.
- إذا كنت بحاجة إلى مراجعة مقدم رعاية معيَّن أو مقدم رعاية آخر ليس تابعًا لـ OneCare Connect، فقد أحتاج إلى الحصول على تصريح مُسبق أو قد أتحمل الدفع مقابل الخدمات التي أحصل عليها من جيبي الشخصي.
- أعرف أنه إذا قام وكيل مبيعات، أو وسيط، أو شخص آخر يعمل لدى OneCare Connect أو متعاقد معها بمساعدتي، فإن OneCare Connect قد تدفع لذلك الشخص عندما يقوم بتسجيلي.
- عند الانضمام إلى OneCare Connect، فإنني أعلم أن OneCare Connect قد تشارك معلوماتي مع برنامجي Medicare وMedi-Cal وخطط أخرى، حسب الحاجة، للعلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية.
- أعي أن الأدوية الموصوفة طبيًا خاضعة للتغطية، ولكنها ليست دائمًا الأدوية نفسها التي أتناولها بالفعل. أعي أنني سأتمكن من الوصول إلى أدويتي الحالية لمدة 30 يومًا على الأقل، حتى يمكنني التبديل إلى دواء مختلف، كما أنني سأتمتع بالوصول إلى مقدمي الرعاية الحاليين للحصول على خدمات Medicare لمدة تصل إلى 12 شهرًا، وخدمات Medi-Cal لمدة تصل إلى 12 شهرًا، فور انضمامي إلى OneCare Connect. وأعي أيضًا أن OneCare Connect يوجد لديها مقدمو رعاية وصيدليات يتعين عليَّ استخدامهم للحصول على خدمات الرعاية الصحية، باستثناء الحالات الطارئة غير الروتينية.
- وأعي أن OneCare Connect قد تشارك معلوماتي، بما في ذلك تغطية الأدوية الموصوفة طبيًا، مع برنامجي Medicare وMedi-Cal. ويجوز لهم الإفصاح عنها لأغراض البحث وأغراض أخرى، حسب ما تسمح به القوانين واللوائح الفيدرالية.
- المعلومات الواردة في هذا النموذج صحيحة على حد علمي. أعي أنه إذا قدمت معلومات خطأ عن قصد في هذا النموذج، فسيتم إلغاء تسجيلي في OneCare Connect.
- يعني توقيعي (أو توقيع ممثلي المفوض) على هذا النموذج أنني قرأت هذا النموذج وفهمته. إذا قام ممثل مفوض بالتوقيع، فإن توقيع هذا الشخص يعني أنه (هو أوهي) مخول بموجب قانون الولاية لإكمال هذا التسجيل، وتتوفر الوثائق المتعلقة بهذا التفويض عند الطلب من قِبل برنامج Medicare و/أو برنامج Medi-cal.

التاريخ:	**توقيعك:**

معلومات حول ممثلك المفوض، إن وجد: إذا كنت الممثل المفوض، يتعين عليك تقديم المعلومات التالية والتوقيع وكتابة التاريخ أدناه:	
الاسم *(يرجى كتابته بحروف واضحة)*:	
التوقيع:	
التاريخ:	
العنوان:	
رقم الهاتف:	
صلة القرابة بالشخص المُسجل في برنامجي Medicare وMedicaid:	

لمزيد من المعلومات، تفضَّل بزيارة www.caloptima.org. إذا كانت لديك أسئلة، فاتصل بـ OneCare Connect على الرقم **1-855-705-8823** ، على مدار 24 ساعة في اليوم، و7 أيام في الأسبوع. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال **بالرقم 711**. هذه المكالمة مجانية. يمكنك الحصول على هذه المعلومات مجانًا بلغات وتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بحروف كبيرة وبطريقة برايل وبصيغة صوتية.

Office Use Only

Name of staff member ***(if assisted enrollment)***	
Plan ID#:	**Effective date of coverage:**
SEPs: ☐ ICEP/IEP ☐ OEP ☐ AEP ☐ SEP (type) ☐ Not Eligible	
CMS approved *(MM/DD/YY)*:	**Preferred language:**
Health network:	
PCP name:	

إن خطة OneCare Connect Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) هي خطة صحية تتعاقد مع كل من برنامجي Medicare وMedi-Cal لتقديم مزايا البرنامجين إلى المسجلين. تمتثل OneCare Connect إلى قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها، ولا تمارس أي تمييز على أساس العِرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس. اتصل بالرقم المجاني لخدمات أعضاء OneCare Connect على **1-855-705-8823** (الهاتف النصي (TTY) **711**)، على مدار 24 ساعة يوميًا و7 أيام في الأسبوع.

English: ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-705-8823** (TTY: **711**).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

WHITE-Processing Individual YELLOW-OneCare Connect Representative PINK-Enrolling Individual

Llame al **1-855-705-8823** (TTY:**711**).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電**1-855-705-8823** (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-855-705-8823** (TTY:**711**).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우، 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 **1-855-705-8823** (TTY:**711**)번으로 전화해 주십시오.

Farsi:
توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. لطفاً طی 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته باشماره**1-855-705-8823** (TTY **711**) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

Arabic:
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل علي الرقم **1-855-705-8823** (TTY **711**).

WHITE-Processing Individual YELLOW-OneCare Connect Representative PINK-Enrolling Individual