



سند 1: فرم نمونه درخواست نامنویسی انفرادی برای نامنویسی در یک طرح MEDICARE ADVANTAGE (بخش C)

یادآوری‌ها:

- اگر بخواهید در زمان نامنویسی باز پاییز (15 اکتبر-7 دسامبر) به طرح بپیوندید، طرح باید فرم تکمیل شده شما را تا 7 دسامبر دریافت کند.

پس از آن چه اتفاق می‌افتد؟

فرم تکمیل و امضاء شدمتان را به اینجا بفرستید:

OneCare (HMO D-SNP)
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

هنگامی که به درخواست شما برای پیوستن به طرح رسیدگی کردند، با شما تماس خواهند گرفت.

دریاره این فرم چگونه می‌توانم کمک بگیرم؟

- با OneCare به شماره 1-877-412-2734 تماس بگیرید.
کاربران TTY می‌توانند با 711 تماس بگیرند.
- با شماره 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227 (1-800-4227) با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

En español: Llame a OneCare al 1-877-412-2734. TTY al 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

انفرادی که بی خانمانی را تجربه می‌کند

- اگر بخواهید به یک طرح بپیوندید ولی محل سکونت دائمی ندارید، در این صورت یک صندوق پستی، نشانی یک خوابگاه یا کلینیک، یا نشانی جایی که نامه دریافت می‌کنید (مثلًا چک‌های بیمه تامین اجتماعی)، ممکن است به عنوان نشانی محل سکونت دائمی شما در نظر گرفته شود.

چه کسی می‌تواند از این فرم استفاده کند؟

افراد دارای Medicare که می‌خواهند به یک طرح Medicare Advantage بپیوندند برای پیوستن به طرح، شما باید:

- شهروند ایالات متحده باشید یا به صورت قانونی در ایالات متحده اقامت داشته باشید
 - در ناحیه خدمات طرح زندگی کنید
- مهم: برای پیوستن به طرح Medicare Advantage شما باید همچنین دو طرح زیر را داشته باشید:
- Medicare بخش A (بیمه بیمارستان)
 - Medicare بخش B (بیمه درمانی)

چه زمان از این فرم استفاده می‌کنم؟

در زمان‌های زیر می‌توانید به طرح بپیوندید:
بین 15 اکتبر-7 دسامبر هر سال (برای پوششی که از 1 ژانویه آغاز می‌شود)

- ظرف 3 ماه پس از دریافت Medicare برای نخستین بار
- در بعضی وضعیت‌ها که در آنها مجاز هستید به طرحها پیوستید یا آنها را تغییر دهید

به وبسایت Medicare.gov بروید تا اطلاعات بیشتری درباره زمانی که می‌توانید برای یک طرح نامنویسی کنید دریافت کنید.

برای تکمیل این فرم به چه چیز نیاز دارم؟

- شماره شما (شماره روی کارت قمز، سفید و آبی Medicare شما)
- نشانی دائمی و شماره تلفن شما

توجه: شما باید همه قسمت‌های بخش 1 را تکمیل کنید. قسمت‌های بخش 2 اختیاری هستند — اگر آنها را پر نکنید، پوشش شما لغو نمی‌شود.

طبق قانون کاهش تشریفات اداری 1995، هیچ فردی ملزم به همکاری با فرایند گرداری اطلاعات نیست، مگر این که آن فرایند شماره کنترل معترض OMB داشته باشد. شماره کنترل معترض OMB مربوط به این فرایند گرداری اطلاعات، 1378-0938 است. زمان لازم برای تکمیل این اطلاعات به طور متوسط 20 دقیقه برای هر پاسخگوی تخفیف زده می‌شود که شامل زمان بررسی سیستم العمل‌ها، جستجوی منابع داده‌های موجود و جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز و تکمیل و بررسی فرایند جمع‌آوری اطلاعات می‌باشد. اگر نظری درباره دقت تخفیف (های) زمانی یا پیشنهادی برای بپیومند این فرم دارید، لطفاً به این نشانی نامه بنویسید: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

این فرم یا هیچ سند دیگر را همراه با اطلاعات شخصی خود (مانند مطالبات، پرداخت‌ها، سوابق پزشکی و غیره) به دفتر نسخه‌گذارش‌های PRA نفرستید. هر مورد دیگری که دریافت کنید و درباره بپیومند این فرم یا کار جمع‌آوری آن (منکور در 1378-O (OMB) نباشد، از بین برده خواهد شد. اینها نگهداری، بررسی یا به طرح منتقل نخواهند شد. برای فرستادن فرم تکمیل شده به طرح، به بخش «بعد چه اتفاقی می‌افتد؟» در این صفحه نگاه کنید.

مهم



فرم نامنوبیسی انفرادی Medicare Medi-Cal Plan، یک OneCare (HMO D-SNP)

بخش 1 – همه قسمت‌های این صفحه الزامی هستند (مگر آن که به عنوان اختیاری مشخص شده باشند)

طرحی را که می‌خواهید به آن بپیوندید انتخاب کنید:

نام: _____ در ماه OneCare (HMO D-SNP) – \$0

نام خانوادگی: _____ [اختیاری: نام میانی]: _____

شماره تلفن:	جنسیت:	تاریخ تولد: (سال/روز/ماه)
	<input type="checkbox"/> مرد <input checked="" type="checkbox"/> زن	(____ / ____ / ____)

نشانی محل سکونت دائمی (صندوق پستی نوبیسید): _____

شهر: _____ زیپ کد: _____ ایالت: _____ [اختیاری: کانتی]: _____

نشانی پستی، اگر متفاوت از نشانی محل سکونت دائمی تان است (صندوق پستی مجاز است):
نشانی خیابان: _____ زیپ کد: _____ ایالت: _____ شهر: _____

فرد تماس اضطراری: _____

شماره تلفن: _____

اطلاعات Medicare شما:

شماره Medicare: _____

به این پرسش‌های مهم پاسخ دهید:

آیا پوشش داروی نسخه‌ای دیگر (مانند VA یا TRICARE) افزون بر OneCare خواهد داشت؟ بله خیر

نام پوشش دیگر: _____ شماره عضو برای این پوشش: _____

آیا شما در برنامه Medicaid (Medi-Cal) نامنوبیسی کردید؟ بله خیر

اگر «بله»، لطفاً شماره 9 رقمی Medicaid خود (شماره شناسایی مشتری Client Index Number, CIN) را ارائه کنید: _____

مهم: عبارت زیر را بخوانید و امضاء کنید:

- من باید هم بیمه بیمارستان (بخش A) و هم Medical (بخش B) را نگه دارم تا در OneCare بمانم.
- با پیوستن به این طرح Medicare Advantage من تایید می‌کنم که OneCare اطلاعات من را در اختیار Medicare قرار خواهد داد که آن هم ممکن است از آنها برای پیگیری نامنوبیسی من، انجام پرداخت‌ها، و برای مقاصد دیگر مجاز بر اساس قانون فدرال که گردآوری این اطلاعات را مجاز اعلام می‌کنند استفاده کند (به بیانیه قانون حريم خصوصی در زیر نگاه کنید). پاسخگویی شما به این فرم داوطلبانه است. با این حال، عدم پاسخگویی ممکن است بر نامنوبیسی شما در طرح تأثیر بگذارد.
- من می‌فهم که هم‌مان فقط می‌توانم در یک طرح MA نامنوبیسی کنم – و این که نامنوبیسی در این طرح، نامنوبیسی من را در طرح دیگر MA به صورت خودکار پایان خواهد داد (استثنایاً برای طرح‌های MA PFFS و MA MSA وجود دارند).
- من می‌فهم که هنگامی که پوشش OneCare آغاز می‌شود، من باید همه مزایای درمانی و مزایای داروی نسخه‌ای ام را از OneCare دریافت کنم. مزایا و خدمات ارائه شده از سوی OneCare و موجود در «سندهای پوشش/کتابچه راهنمای اعضاء» به عنوان قرارداد عضو یا توافقنامه مشترک نیز نامیده می‌شود)، پوشش داده خواهد شد. نه Medicare و نه OneCare هزینه‌های مزایای خارج از پوشش را پرداخت نخواهد کرد.
- تا جایی که اطلاع دارم، اطلاعات این فرم نامنوبیسی درست هستند. متوجه هستم که در صورتی که در صورتی که در این فرم ارائه کنم، ممکن است نامنوبیسی من در طرح لغو شود.
- من می‌فهم که امضا می‌کنم (یا امضا شخصی که قانوناً مجاز به نمایندگی من است) در این فرم درخواست به معنی آن است که من محتویات این فرم درخواست را خوانده و فهمیده‌ام. در صورتی که فرم از سوی یک نماینده مجاز (به شرح بالا) امضاء شود، این امضاء گواهی می‌کند که:

- (1) این شخص بر اساس قانون ایالت مجاز به انجام این نامنوبیسی است و
- (2) و مستندات این مجاز بودن قانونی، در صورت درخواست Medicare قابل دسترس است.

تاریخ امروز:	امضا:
اگر شما نماینده مجاز هستید، بالا را امضاء کنید و این قسمت‌ها را پر کنید:	
آدرس:	نام:
نسبت با فرد نامنوبیسی‌کننده:	شماره تلفن:

بخش 2 – همه قسمت‌های این صفحه اختیاری هستند

پاسخ دادن به این پرسش‌ها اختیاری است. اگر آنها را تکمیل نکنید، از پوشش محروم نمی‌شوید.

- آیا شما دارای اصالت هیسپانیک، لاتین یا اسپانیایی هستید؟ همه موارد مرتبط را انتخاب کنید.
- خیر، دارای اصالت هیسپانیک، لاتین یا اسپانیایی نیستم
 بله، مکزیکی، مکزیکی-آمریکایی، چیکانو
 بله، اهل پورتوریکو
 بله، دارای اصالت هیسپانیک، لاتین یا اسپانیایی دیگر هستم
 پاسخ نمی‌دهم.

نژاد شما چیست؟ همه موارد مرتبط را انتخاب کنید.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> آمریکایی سیاهپوست یا آفریقایی تبار
<input type="checkbox"/> اهل گوام یا بومی گوام
<input type="checkbox"/> بومی هواایی
<input type="checkbox"/> اهل ساموا | <input type="checkbox"/> هندی آمریکایی یا بومی آلاسکا
<input type="checkbox"/> فیلیپینی
<input type="checkbox"/> گُرهای
<input type="checkbox"/> اهل جزایر دیگر اقیانوس آرام
<input type="checkbox"/> سفیدپوست |
| <input type="checkbox"/> اسپانیایی <input type="checkbox"/> ویتنامی <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> عربی | |

اگر می‌خواهید اطلاعات شما را به زبانی غیر از انگلیسی به شما بفرستیم، یکی را انتخاب کنید.

- اسپانیایی ویتنامی فارسی عربی

اگر می خواهید اطلاعات شما را در یک قالب قابل دسترس به شما بفرستیم، یکی را انتخاب کنید.

بریل حروف درشت سی دی صوتی

اگر به اطلاعات در یک قالب قابل دسترس دیگر، غیر از موارد بالا، نیاز دارید، لطفا با OneCare به شماره 1-877-412-2734 تماس بگیرید. ساعت کاری دفتر ما <دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر است> کاربران TTY می توانند با 711 تماس بگیرند.

آیا همسر شما شاغل است؟ بله خیر

نام پزشک مراقبت اولیه (PCP)، کلینیک، یا مرکز سلامت خود را بنویسید:

فقط استفاده اداری:

شناسه طرح: _____
تاریخ آغاز اعتبار پوشش: IEP: AEP: SEP: ICEP (نوع): _____

نام نماینده/وکیل/کارگزار: _____

بنیانه قانون حريم خصوصی

مراکز خدمات Medicare و Medicaid Services (CMS) اطلاعات را از طرح های Medicare گردآوری می کنند تا نامنویسی فرد ذینفع را در مراقبت بهبودیافته طرح های Medicare Advantage (MA) پیگیری کنند و پرداخت هزینه های مزایای Medicare را انجام دهند. بخش های 1851 و 1860D-1 از قانون تامین اجتماعی و ماده های 422.50 و 422.60 از قانون 42 CFR ممکن است از داده های نامنویسی CMS نیتفغان Medicare به شکل تعیین شده در اطلاعه سیستم سوابق (SORN) یا نام «داروی نسخه ای (MARx)» با شماره سیستم 0588-09-70-09 استقاده، افشا و میانله کند. پاسخگویی شما به این فرم داوطلبانه است. با این حال، عدم پاسخگویی ممکن است بر نامنویسی شما در طرح تغییر بگذارد.

Medicare Medi-Cal Plan Medicare Advantage OneCare (HMO D-SNP) قرارداد دارد. ثبت نام در OneCare به تمدید قرارداد بستگی دارد. OneCare از قوانین قابل اجرای حقوق مدنی فدرال پیروی می کند و بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، ناتوانی یا جنسیت تبعیض قائل نمی شود. با خدمات مشتریان OneCare به صورت رایگان به شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. به وبسایت ما در نشانی www.caloptima.org/onecare مراجعه کنید.

پیوست ها:

- درج اطلاعیه عدم تبعیض [شناسه ماده: H5433_23MM003_C]
- درج چند زبانه [شناسه ماده: IR23_MM002_H5433_H7501]