



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 اتفاقی می‌افتد؟

فرم تکمیل و امضاء شده‌تان 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.

درباره این فرم چگونه می‌توانم کمک بگیرم؟

با OneCare به شماره 1-877-412-2734 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 711 تماس بگیرند.

یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) یا با شماره 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 بی‌خانمانی 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 (مثلاً 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 بپیوندید 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 Medicare شما (شماره روی کارت قرمز، 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 فرآیند گردآوری اطلاعات نیست، مگر این که آن فرآیند شماره کنترل معتبر OMB داشته باشد. شماره کنترل معتبر OMB مربوط به این فرآیند گردآوری اطلاعات، 1378-0938 است. زمان لازم برای تکمیل این اطلاعات به طور متوسط 20 دقیقه برای هر پاسخگویی تخمین زده می‌شود که شامل زمان بررسی دستورالعمل‌ها، جستجوی منابع داده‌های موجود و جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز و تکمیل بررسی فرآیند جمع‌آوری اطلاعات می‌باشد. اگر نظری درباره دقت تخمین (های) زمانی یا پیشنهادی برای بهبود 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

مهم

این فرم یا هیچ سند دیگر را همراه با اطلاعات شخصی خود (مانند مطالبات، پرداخت‌ها، سوابق پزشکی و غیره) به دفتر تسویه گزارش‌های PRA نفرستید. هر مورد دیگری که دریافت کنیم و درباره بهبود این فرم یا کار جمع‌آوری آن (مذکور در OMB 0938-1378) نباشد، از بین برده خواهد شد. آنها 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.



بخش 1 – همه قسمت‌های این صفحه الزامی هستند (مگر آن که به عنوان اختیاری مشخص شده باشند) فرم نام‌نویسی 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 بپیوندد انتخاب کنید: <input type="checkbox"/> \$0 OneCare (HMO D-SNP) در ماه	
نام خانوادگی:	نام میانی: [اختیاری]:
تاریخ تولد: (سال/روز/ماه)	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
نشانی محل سکونت دائمی (صندوق پستی ننویسید):	
شهر:	[اختیاری: کانتی]:
ایالت:	زیپ کد:
نشانی پستی، اگر متفاوت از نشانی محل سکونت دائمی‌تان است (صندوق پستی مجاز است): نشانی خیابان: شهر: ایالت: زیپ کد:	
فرد تماس اضطراری: _____	
شماره تلفن:	نسبت با شما: _____
اطلاعات Medicare شما:	
شماره Medicare: _____ - _____ - _____	
به این پرسش‌های مهم پاسخ دهید:	
آیا پوشش داروی نسخه‌ای دیگر (مانند VA یا TRICARE) افزون بر OneCare خواهید داشت؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	نام پوشش دیگر: شماره عضو برای این پوشش: شماره گروه برای این پوشش: _____
آیا شما در برنامه Medicaid (Medi-Cal) نام‌نویسی کرده‌اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر «بله»، لطفا 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 ننگه 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 نامنویسی 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 حریم خصوصی در زیر نگاه کنید). پاسخگویی شما به این فرم داوطلبانه است. با این حال، عدم پاسخگویی ممکن است بر نامنویسی شما در طرح تاثیر بگذارد.
- من می‌فهمم که همزمان فقط می‌توانم در یک طرح MA نامنویسی کنم - و این که نامنویسی در این طرح، نامنویسی من را در طرح دیگر MA به صورت خودکار پایان خواهد داد (استثناها برای طرح‌های MA PFFS و MA MSA وجود دارند).
- من می‌فهمم که هنگامی که پوشش OneCare آغاز می‌شود، من باید همه مزایای درمانی و مزایای داروی نسخه‌ای‌ام را از OneCare دریافت کنم. مزایا و خدمات ارائه شده از سوی OneCare و موجود در «>سند پوشش/کتابچه راهنمای اعضاء>>» OneCare (به عنوان قرارداد عضو یا توافقنامه مشترک نیز نامیده می‌شود)، پوشش داده خواهند شد. نه Medicare و نه OneCare هزینه‌های مزایا یا خدمات خارج از پوشش را پرداخت نخواهند کرد.
- تا جایی که اطلاع دارم، اطلاعات این فرم نامنویسی درست هستند. متوجه هستم که در صورتی که عمداً اطلاعات نادرست در این فرم ارائه کنم، ممکن است نامنویسی من در طرح لغو شود.
- من می‌فهمم که امضای من (یا امضای 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 نامنویسی است و
- 2 و مستندات این مجاز بودن قانونی، در صورت درخواست Medicare قابل دسترس است.

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

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، اهل پورتو ریکو
- بله، دارای اصالت هیسپانیک، لاتین یا اسپانیایی دیگر هستم
- پاسخ نمی‌دهم.

نژاد شما چیست؟ همه موارد مرتبط را انتخاب کنید.

- سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا
- چینی
- ژاپنی
- آسیایی دیگر
- ویتنامی
- پاسخ نمی‌دهم.
- هندی آمریکایی
- فیلیپینی
- گره‌ای
- اهل جزایر دیگر اقیانوس آرام
- سفیدپوست
- آمریکایی سیاهپوست یا آفریقایی تبار
- اهل گوام یا بومی گوام
- بومی هاوایی
- اهل ساموا

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

- اسپانیایی
- ویتنامی
- فارسی
- عربی
- چینی
- گره‌ای

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

بریل حروف درشت سی‌دی صوتی

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

آیا شاغل هستید؟ بله خیر 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: ICEP: SEP: AEP: IEP: (نوع): _____

نام نماینده/وکیل/کارگذار: _____

بیانیه قانون حریم خصوصی

مراکز خدمات Medicare و Medicaid Services (CMS) اطلاعات را از طرح‌های Medicare گردآوری می‌کنند تا نام‌نویسی فرد ذینفع را در مراقبت بهبود یافته طرح‌های Medicare Advantage (MA) پیگیری کنند و پرداخت هزینه‌های مزایای Medicare را انجام دهند. بخش‌های 1851 و 1860D-1 از قانون تامین اجتماعی و ماده‌های 422.50 و 422.60 از قانون CFR 42، گردآوری این اطلاعات را مجاز می‌سازند. CMS ممکن است از داده‌های نام‌نویسی ذینفعان Medicare به شکل تعیین شده در اطلاعیه سیستم سوابق (SORN) با نام «داروی نسخه‌های Medicare Advantage (MARx)» با شماره سیستم 09-70-0588 استفاده، افشا و مبادله کند. پاسخگویی شما به این فرم داوطلبانه است. با این حال، عدم پاسخگویی ممکن است بر نام‌نویسی شما در طرح تأثیر بگذارد.

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

پیوست‌ها:

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