

احتفظ بنسخة لسجلاتك.

طلب للتسجيل في OneCare Connect Cal MediConnect خطة (خطة Medicare-Medicaid)

للاضمام إلى OneCare Connect يجب أن يكون لديك Medicare Part A و Medicare Part B وأن يكون لديك Medi-Cal.

اختر الخطة الصحية:

OneCare Connect

معلوماتك:

الاسم: (الأول ، الأوسط ، العائلة)			
الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر		تاريخ الميلاد: (_ _ _ _ / _ _ / _ _) الشهر اليوم السنة	
رقم الهاتف:		رقم الهاتف الثاني:	
عنوان المنزل:			
الولاية:		الرمز البريدي:	
المدينة:		المقاطعة (اختياري):	
العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن عنوان المنزل):			
الولاية:		الرمز البريدي:	
المدينة:		المقاطعة (اختياري):	
اسم شخص للاتصال به في حالة الطوارئ:		هاتف شخص للاتصال به في حالة الطوارئ:	

يرجى اختيار أحد المربعات أدناه إذا كنت تفضل أن نرسل لك المعلومات بلغه أخرى غير اللغة الانجليزية أو في يمكن الوصول اليها تنسيق:

الإسبانية _____ الفيتنامية _____
الفرنسية _____ العربية _____
الكورية _____ برايل، تسجيل صوتي أو طباعة كبيرة _____

يرجى الاتصال مع OneCare Connect على **1-855-705-8823** إذا كنت بحاجة إلى معلومات بتنسيق أسهل أو لغة مختلفة عما هو مذكور أعلاه. ساعات عملنا هي من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً إلى 5 مساءً. يجب على مستخدمي TDD/TTY الاتصال على **1-800-735-2929**.

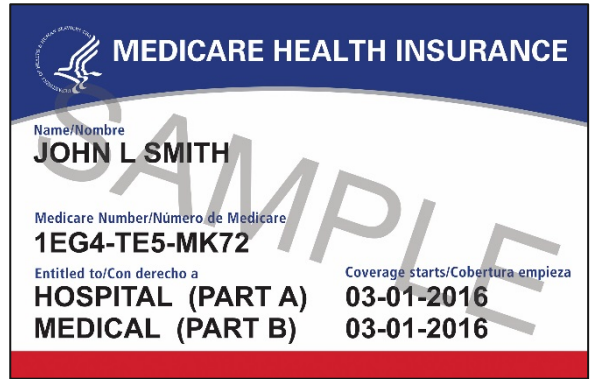
أخبرنا أين تتلقى الخدمات الصحية عادةً:

اسم مزود الرعاية الأولية أو العيادة أو المركز الصحي:

الهاتف:

أخبرنا عن تغطيتك من خلال Medicare و Medi-Cal:

قم بتعبئة معلومات Medicare و Medi-Cal الموجودة أدناه. يمكنك العثور على هذه المعلومات على بطاقتك الملونة بالأحمر والأبيض والأزرق الصادرة عن Medicare أو رسالة من الضمان الاجتماعي أو هيئة تقاعد السكة الحديد. أيضاً، يرجى كتابة رقم بطاقة تعريف Medi-Cal كما يظهر على بطاقتك من الأمام.



الاسم (كما يظهر على بطاقة Medicaid الخاصة بك):

الاسم (كما يظهر على بطاقة Medicare الخاصة بك):

رقم Medicaid:

رقم الرعاية الطبية:

تاريخ النفاذ:

يحق له الحصول على:

:(Part A) Hospital

:(Part B) Medicare

يجب أن يكون لديك Medicare Part A و Part B للانضمام إلى خطة MMP.

معلومات شخصية أخرى:

هل تعاني من مرض الفشل الكلوي النهائي (ESRD)؟ إذا كانت الإجابة "نعم" وكانت قد أجريت لك عملية زراعة كلية ناجحة و/أو لم تعد بحاجة لإجراء غسيل كلوي بانتظام، يُرجى إرفاق ملاحظة من طبيبك.	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل تعيش في منشأة رعاية طويلة الأجل؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، قم بتعبئة المعلومات أدناه:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
اسم المنشأة:	الهاتف:	
هل تعمل؟	هل أنت متزوج؟	هل يعمل الزوج/ة؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

تغطيتك الصحية بما في ذلك تغطية وصفاتك الطبية:

بعض الأشخاص يوجد لديهم تأمين طبي أو تغطية للأدوية من خلال تأمين خاص، TRICARE، أو أصحاب العمل أو الاتحادات أو شؤون المحاربين القدامى أو برامج المساعدة الصيدلانية الحكومية (SPAPs).

هل يوجد لديك تغطية صحية أخرى؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، قم بتعبئة المعلومات أدناه	
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
اسم خطتك (وصاحب العمل، إذا كان ذلك ينطبق):	رقم المجموعة:
اسم خطتك (وصاحب العمل، إذا كان ذلك ينطبق):	رقم بطاقة التعريف:
اسم خطتك (وصاحب العمل، إذا كان ذلك ينطبق):	رقم المجموعة:
اسم خطتك (وصاحب العمل، إذا كان ذلك ينطبق):	رقم بطاقة التعريف:
اسم خطتك (وصاحب العمل، إذا كان ذلك ينطبق):	رقم المجموعة:
اسم خطتك (وصاحب العمل، إذا كان ذلك ينطبق):	رقم بطاقة التعريف:
اسم خطتك (وصاحب العمل، إذا كان ذلك ينطبق):	رقم المجموعة:
اسم خطتك (وصاحب العمل، إذا كان ذلك ينطبق):	رقم بطاقة التعريف:

إذا كان لديك تغطية صحية من صاحب العمل أو الاتحاد في الوقت الحالي، فقد تفقد أنت (أو المعالين) تلك التغطية عند الانضمام إلى OneCare Connect. يمكن لصاحب العمل أو الاتحاد تقديم المزيد من المعلومات حول تغطيتك. إذا كان لديك أسئلة، تحدث مع الشخص الذي يعتني بالفوائد في عملك.

يُرجى قراءة النموذج والتوقيع أدناه.

بتوقيعك على هذا النموذج، فهذا يعني أنك تفهم:

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

- قد تكون الخدمات الصحية التي تحصل عليها من خطتك الصحية الجديدة تختلف عن الخدمات التي كنت تتلقاها سابقاً.
- يجب أن أحافظ على Medicare Part A و Part B وأن يكون لدي Medi-Cal.
- يمكن أن أكون في خطة Medicare واحدة فقط في نفس الوقت.
- بالانضمام إلى OneCare Connect، فسوف ينتهي تسجيلي في خطط Medicare أو خطط الأدوية بوصفة طبية الأخرى.
- يجب أن أخبر OneCare Connect عن أية تغطية لأدوية الوصفات الطبية التي توجد لدي أو التي يمكن أن أحصل عليها في المستقبل.
- إذا انتقلت إلى عنوان جديد، يجب علي أن أخبر OneCare Connect.
- كأحد أعضاء OneCare Connect، لي الحق في الاستئناف إذا لم أوافق على قرارات OneCare Connect بخصوص الدفعات أو الخدمات.
- أنا أفهم بأن كُتِيب أعضاء OneCare Connect (إثبات التغطية) يتضمن القواعد التي يجب أن اتبعها.
- أن OneCare Connect عادة لا تغطي الأشخاص بينما يكونون خارج البلاد، ولكن قد يكون هناك بعض التغطية المحدودة بالقرب من الحدود الأمريكية.
- بتاريخ اليوم الذي تبدأ فيه تغطية OneCare Connect يجب أن أحصل على الرعاية الصحية من أطباء OneCare Connect باستثناء حالات الطوارئ أو الرعاية العاجلة أو غسيل كلّي خارج منطقة الخدمات أو إذا حصلت على موافقة OneCare Connect لمراجعة مزودي رعاية آخرين في بعض الظروف.
- سنقوم OneCare Connect بتغطية رعايتي الصحية التي أحصل عليها من أطباء OneCare Connect ومزودي الرعاية الآخرين كما هو ملخص في كُتِيب الأعضاء Member Handbook (إثبات التغطية) للتأكد من أن الخدمات مغطاة.
- إذا كنت بحاجة لمراجعة طبيب أو مزود رعاية آخر ليس ضمن OneCare Connect، فقد أحتاج الحصول على تصريح مسبق أو قد يتوجب عليّ الدفع من جيبتي مقابل الخدمات التي أحصل عليها.
- أفهم أنه إذا قام مندوب 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، أعرف أن OneCare Connect قد تشارك معلوماتي مع Medicare و Medi-Cal وخطط أخرى حسبما يكون ضرورياً للعلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية.
- أفهم أن أدوية الوصفات الطبية مغطاة ولكن ليست دائماً هي نفس الأدوية التي أخذها أصلاً. أفهم أنني سأستطيع الحصول على الأقل على صرفية تكفي لمدة 30 يوماً من أدوية الوصفات الطبية التي أتناولها حالياً حتى أتمكن من التحويل إلى دواء مختلف، وأنه سيكون بإمكانني الوصول إلى مزودي رعايتي الحاليين حتى مدة 12 شهراً لخدمات Medicare وحتى مدة 12 شهراً لخدمات Medi-Cal حينما أنضم إلى OneCare Connect. أفهم أيضاً أن OneCare Connect يوجد لديها مزودي رعاية وصيديات يجب عليّ أن أستخدمها للحصول على خدمات الرعاية الصحية باستثناء الحالات غير الروتينية الطارئة.
- أعرف أن OneCare Connect قد تشارك معلوماتك بما في ذلك معلومات وصفاتي الطبية مع Medicare و Medi-Cal. وقد يقومون بالإفصاح عنها لغايات البحث وغيره حسبما يسمح به القانون الفيدرالي واللوائح.
- المعلومات الواردة في هذا النموذج صحيحة على حد علمي. أفهم أنني إذا قدمت معلومات خاطئة عن قصد في هذا النموذج فإن تسجيلي في OneCare Connect سوف يُلغى.
- إن توقيعني (أو توقيع ممثلي المفوض) على هذا النموذج يعني أنني قرأت هذا النموذج وفهمته. إذا قام الممثل المفوض بالتوقيع، فهذا يعني أن هذا الشخص مخول بموجب قانون الولاية لإكمال هذا التسجيل وتتوفر معلومات هذا التفويض عند الطلب من قبل Medicare أو Medi-Cal.

توقيعك:	التاريخ:
---------	----------

معلومات عن الممثل المفوض لديك، إن وجد:	
إذا كنت الممثل المفوض، يجب عليك تقديم المعلومات التالية والتوقيع والتاريخ أدناه:	
الاسم (بُرجى الطباعة):	
التوقيع:	
التاريخ:	
العنوان:	
الهاتف:	
الصلة بالشخص الذي لديه Medicare و Medicaid:	

لمزيد من المعلومات، قم بزيارة www.caloptima.org. إذا كان لديك أسئلة، اتصل بـ OneCare Connect على **1-800-735-2929**. هذه المكالمات مجانية. يمكنك الحصول على هذه المعلومات مجاناً بلغات وتنسيقات أخرى، مثل الطباعة الكبيرة وتنسيق برايل والملفات الصوتية.

للاستخدام الرسمي فقط (Office Use Only)

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

إن خطة OneCare Connect Cal MediConnect (خطة Medicare-Medicaid) هي خطة صحية متعاقدة مع كل من Medicare و Medi-Cal لتقديم مزايا كلا البرنامجين للمسجلين. تمتثل OneCare Connect لقوانين الحقوق المدنية الفدرالية المعمول بها ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو العمر أو الإعاقة أو الجنس. معلومات المزايا هي ملخص مختصر، وليست وصفاً كاملاً للمزايا. قد تنطبق القيود والمشاركة في الدفع والمحددات. لمزيد من المعلومات، اتصل بقسم خدمة عملاء OneCare Connect أو اقرأ كتيب أعضاء OneCare Connect. المزايا و/أو المشاركة في الدفع قد تتغير بتاريخ 1 يناير من كل سنة. للمزيد من المعلومات، قم بزيارة www.caloptima.org/onecareconnect. إذا كانت لديك أسئلة، اتصل بـ OneCare Connect على الرقم المجاني **1-855-705-8823**، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. يمكن لمستخدمي TDD/TTY الاتصال على الرقم المجاني **1-800-735-2929**.

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: **1-800-735-2929**).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

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: **1-800-735-2929**)。

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: **1-800-735-2929**).

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**)번으로 전화해 주십시오.

Armenian: Ուշադրություն: Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք **1-855-705-8823** (TTY (հեռախոսիչ) **1-800-735-2929**):

Farsi:

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.
باشماره **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس بگیرید.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-855-705-8823** (телетайп: **1-800-735-2929**).

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**)まで、お電話にてご連絡ください。

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل على الرقم **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Cambodian: ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**) पर कॉल करें।

Thai: ระวัง: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Lao: ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).