

لطفاً یک نسخه از این فرم را برای سوابق خود نگه دارید

فرم درخواست برنامه

OneCare Connect Cal MediConnect (برنامه مدیکر-مدیکید)

برای پیوستن به OneCare Connect می بایست دارای مدیکر بخش A (بیمه بیمارستان)، مدیکر بخش B (بیمه درمانی) و مدیکل باشید.

یک برنامه درمانی انتخاب نمایید:

OneCare Connect ☐

اطلاعات شما:

نام: (اسم کوچک، اسم وسط و اسم فامیلی)			
تاریخ تولد: (_ _ / _ _ / _ _) سال روز ماه		جنسیت: ☐ مرد ☐ زن	
شماره تلفن:		شماره تلفن دوم:	
آدرس ایمیل:			
آدرس محل سکونت:			
شهر:	ایالت:	کد پستی:	کشور: (اختیاری)
آدرس پستی: (اگر با آدرس محل سکونت تفاوت دارد)			
شهر:	ایالت:	کد پستی:	کشور: (اختیاری)
نام تماس اضطراری:		شماره تلفن تماس اضطراری:	

اگر مایل هستید که اطلاعات را به زبانی غیر از انگلیسی و یا به فرمهای قابل دسترس دیگر دریافت کنید لطفاً در مقابل انتخاب خود علامت بزنید:

فارسی _____ کره ای _____
ویتنامی _____ عربی _____
اسپانیسی _____ چینی _____
خط بریل، چاپ درشت یا صوتی _____

اگر مایل به دریافت اطلاعات به فرمهای قابل دسترسی و یا زبانهای ذکر شده در بالا هستید، با OneCare Connect، از طریق شماره 1-855-705-8823 در روز های دوشنبه تا جمعه بین ساعات 8 صبح تا 5 بعد از ظهر تماس حاصل نمایید. کاربران TDD/TTY میتوانند با شماره 1-800-735-2929 تماس حاصل نمایند.

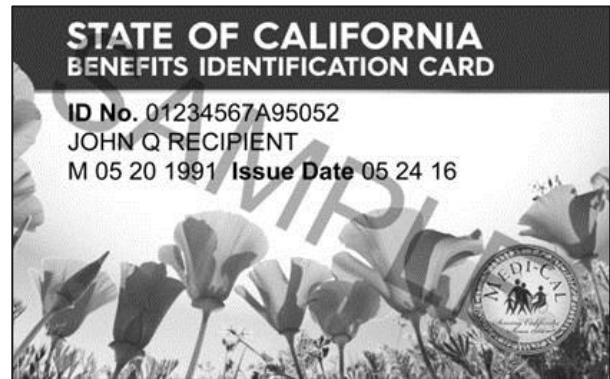
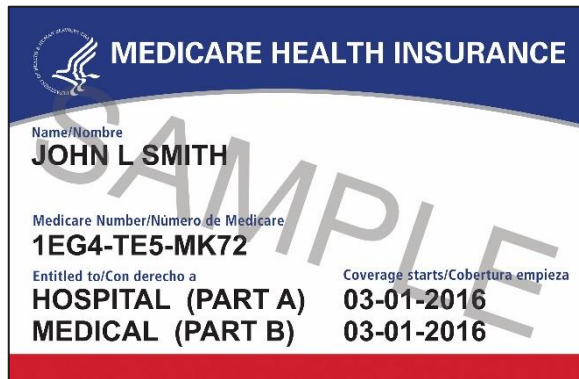
به ما بگویید از چه مرجعی خدمات درمانی دریافت میکنید:

نام ارائه دهنده مراقبتهای اولیه، درمانگاه یا مرکز بهداشت:

تلفن:

در مورد پوشش مدیکر و مدیکل خود به ما بگویید:

اطلاعات مدیکر و مدیکل خود را در زیر وارد کنید. این اطلاعات را میتوانید بر روی کارت سرخ، سفید و آبی مدیکر و یا بر روی نامه سوشیال سکیوریتی یا هیئت بازنشستگان راه آهن پیدا کنید. همچنین شماره شناسایی (ID) مدیکل خود را مشابه آنچه بر روی کارت درج شده برای ما بنویسید.



نام (دقیقاً مشابه نام قید شده در کارت مدیکر) :

شماره مدیکر:

تاریخ اجرا:

مجاز به دریافت:

بیمارستان (بخش A) :

درمان (بخش B) :

برای پیوستن به برنامه MMP، شما باید دارای مدیکر بخش A و بخش B باشید.

نام (دقیقاً مشابه نام قید شده در کارت مدیکر) :

شماره مدیکر اید:

اطلاعات شخصی دیگر:

☐ بله ☐ خیر	آیا دچار بیماری کلیوی مرحله نهایی (ESRD) هستید؟ اگر پاسخ "بله" داده اید و قبلاً یک پیوند کلیه موفقیت آمیز داشته اید و/ یا بطور مرتب نیاز به دیالیز ندارید، لطفاً یک نامه از پزشک خود ضمیمه کنید.
☐ بله ☐ خیر	آیا در یک مرکز مراقبت های بلند مدت زندگی می کنید؟ اگر پاسخ "بله" داده اید، لطفاً اطلاعات زیر را کامل کنید:
تلفن:	نام مرکز:
آیا شاغل میباشید؟ ☐ بله ☐ خیر	آیا متاهل میباشید؟ ☐ بله ☐ خیر
آیا همسر شما شاغل است؟ ☐ بله ☐ خیر	

اطلاعات در مورد پوشش خدمات درمانی و داروهای نسخه ای شما:

برخی افراد از طریق بیمه های خصوصی، TRICARE، کارفرماها، اتحادیه های صنفی، سازمان امور نظامیان بازنشسته، یا برنامه های کمک رسانی داروئی ایالتی (SPAPs) دارای بیمه بهداشتی و درمانی یا پوشش های داروئی دیگر هستند.

آیا پوشش خدمات بهداشتی و درمانی دیگری دارید؟ اگر پاسخ "بله" داده اید، لطفاً اطلاعات زیر را وارد کنید: ☐ بله ☐ خیر	
نام برنامه شما (و نام کارفرما، در صورتی که مصداق دارد):	شماره گروه:
نام برنامه شما (و نام کارفرما، در صورتی که مصداق دارد):	شماره شناسایی ID :
نام برنامه شما (و نام کارفرما، در صورتی که مصداق دارد):	شماره گروه:
نام برنامه شما (و نام کارفرما، در صورتی که مصداق دارد):	شماره شناسایی ID :
نام برنامه شما (و نام کارفرما، در صورتی که مصداق دارد):	شماره گروه:
نام برنامه شما (و نام کارفرما، در صورتی که مصداق دارد):	شماره شناسایی ID :
نام برنامه شما (و نام کارفرما، در صورتی که مصداق دارد):	شماره گروه:
نام برنامه شما (و نام کارفرما، در صورتی که مصداق دارد):	شماره شناسایی ID :

اگر در حال حاضر شما (یا وابستگان شما) از یک کارفرما، اتحادیه صنفی، پوشش خدمات بهداشتی و درمانی دارید، در زمان پیوستن به OneCare Connect آن را از دست میدهید. کارفرما یا اتحادیه صنفی شما اطلاعات لازم در مورد پوشش خدمات درمانی را به شما میدهد. اگر پریشی دارید با شخصی که مسئول مزایا در اداره شما میباشد صحبت کنید.

لطفاً قسمت زیر را مطالعه کرده و امضاء کنید.

هنگامی که این فرم را امضاء می کنید بدین معنی است که موارد زیر را متوجه شده اید:

- OneCare Connect با دولت فدرال و ایالت کالیفرنیا قرارداد دارد.
- خدمات بهداشتی و درمانی که با برنامه جدید خود دریافت می کنید شاید با خدماتی که قبلاً داشته اید متفاوت باشند.
- من باید مدیکر بخش A، بخش B خود را حفظ کرده و مدیکل داشته باشم.
- در هر زمان فقط میتوانم عضو یک برنامه مدیکر باشم.
- با پیوستن به OneCare Connect، عضویت من در سایر برنامه های خدمات بهداشت و درمانی مدیکر یا برنامه های دیگر پوشش داروهای نسخه ای خاتمه خواهد یافت.
- من باید درباره هر نوع پوشش داروهای نسخه ای که در حال حاضر داریم یا در آینده خواهم داشت به OneCare Connect اطلاع دهم.
- اگر به جای دیگری نقل مکان کنم، باید به OneCare Connect اطلاع دهم.
- بعنوان یک عضو OneCare Connect، در صورتی که با تصمیمات OneCare Connect درباره پرداخت هزینه یا خدمات موافق نباشم حق درخواست تجدید نظر دارم.
- میدانم که دفترچه راهنمای اعضا OneCare Connect شامل قوانینی است که من باید تابع آنها باشم.
- OneCare Connect معمولاً وقتی افراد در خارج از کشور هستند، آنها را تحت پوشش قرار نمی دهد، اما ممکن است در نزدیکی مرز آمریکا پوشش محدودی ارائه کند.
- از تاریخی که پوشش OneCare Connect شروع می شود باید مراقبت های بهداشتی و درمانی خود را از پزشکان OneCare Connect دریافت کنم، مگر آنکه شرایط اضطراری بوده و یا نیاز به مراقبت های فوری وجود داشته باشم، و یا برای دیالیز در خارج از محدوده یا در صورتی که در شرایط خاص از OneCare Connect اجازه مراجعه به ارائه کنندگان دیگر را گرفته باشم.
- OneCare Connect تمامی نیازهای مراقبتی من را توسط پزشکان و دیگر ارائه دهندگان خدمات OneCare Connect همانطور که در دفترچه راهنمای اعضا (شواهد پوشش دهی) ذکر شده است ارائه میدهد.
- اگر لازم باشد به یک پزشک یا ارائه کنندگان دیگری مراجعه کنم که عضو OneCare Connect نیستند، باید اجازه قبلی دریافت کنم در غیر این صورت ممکن است مجبور شوم هزینه خدماتی را که دریافت می کنم شخصاً پرداخت کنم.
- من میدانم که اگر یک نماینده فروش، کارگزار، یا هر شخص تحت استخدام یا تحت قرارداد OneCare Connect به من کمک می کند، OneCare Connect ممکن است به این شخص بابت عضویت من در این برنامه مبلغی پرداخت نماید.
- با پیوستن به OneCare Connect، من میدانم که OneCare Connect ممکن است برای انجام امور درمانی، پرداخت و مراقبت های بهداشتی و درمانی، اطلاعات من را در صورت نیاز در اختیار مدیکر و مدیکل و سایر برنامه ها قرار دهد.
- من میدانم که داروهای نسخه ای تحت پوشش قرار دارند، اما ممکن است همیشه با داروهایی که در حال حاضر مصرف می کنم یکسان نباشند. و میدانم که تا زمانی که داروی خود را تغییر دهم می توانم یک ذخیره 30 روزه از داروهای نسخه ای را که در حال حاضر مصرف می کنم دریافت نمایم و همچنین می توانم از تاریخ عضویت در OneCare Connect تا حداکثر 12 ماه برای خدمات مدیکر و تا حداکثر 12 ماه برای خدمات مدیکل به پزشکی که در حال حاضر به نزد آنها میروم مراجعه کنم. همچنین آگاه هستم که OneCare Connect ارائه کنندگان و داروخانه هایی دارد که غیر از شرایط غیرعادی و اضطراری، باید برای دریافت خدمات مراقبت های بهداشتی درمانی از آنها استفاده نمایم.
- من آگاه هستم که ممکن است OneCare Connect اطلاعات من را که شامل اطلاعات داروهای نسخه ای میباشد در اختیار مدیکر و مدیکل قرار دهد. آنها ممکن است این اطلاعات را مطابق با قوانین و مقررات فدرال برای پژوهش و سایر مقاصد ارائه نمایند.
- مشخصات نوشته شده در این فرم بر طبق بهترین اطلاعات من صحیح می باشند. من آگاه هستم که در صورت ارائه اطلاعات نادرست در این فرم، به عضویت من در OneCare Connect خاتمه داده خواهد شد.
- امضای من (یا امضای نماینده قانونی من) در این فرم بدین معنی است که متن این فرم را مطالعه کرده و آنرا متوجه شده ام. در صورت امضاء توسط یک نماینده مجاز، امضای این شخص بدین معنی است که وی مطابق با قوانین ایالتی اجازه دارد این فرایند عضویت را انجام دهد، و مدارک مربوط به اجازه و اختیار ایشان در صورت درخواست از سوی مدیکر و مدیکل قابل ارائه میباشد.

امضاء شما:	تاریخ:
اطلاعات در مورد نماینده قانونی شما در صورتی که قابل اجرا باشد: اگر شما نماینده قانونی میباشید، باید اطلاعات زیر را ارائه کرده، فرم زیر را تاریخ زده و امضاء کنید:	
نام (لطفاً خوانا بنویسید):	
امضاء:	
تاریخ:	
آدرس:	
شماره تلفن:	
رابطه با شخص صاحب مدیکر و مدیکر اید:	

برای اطلاعات بیشتر به وبسایت www.caloptima.org مراجعه نمایید. اگر پرسشی دارید با OneCare Connect، از طریق شماره 1-855-705-8823 در طول 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس حاصل نمایید. کاربران TDD/TTY میتوانند با شماره 1-800-735-2929 تماس حاصل نمایند. این تماس رایگان است. همچنین میتوانید اطلاعاتی در مورد دریافت اطلاعات به زبانها و فرمهای دیگر مانند خط بریل، چاپ درشت و صوتی دریافت نمایید.

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:	

برنامه OneCare Connect Cal MediConnect (برنامه مدیکر-مدیکل) یک برنامه خدمات بهداشتی و درمانی است که با هر دو بیمه مدیکر و مدیکل جهت ارائه مزایای دو برنامه به اعضا قرارداد دارد. OneCare Connect طبق قوانین حقوق مدنی دولت، هیچگونه تبعیضی بر اساس نژاد، رنگ، ملیت، سن، معلولیت یا جنسیت قائل نمیشود. اطلاعات مربوط به مزایا بطور خلاصه بوده و توصیف کامل مزایا نمیباشد. ممکن است محدودیت ها، سهم هزینه پرداختی برای فرد بیمه شده و شروطی وجود داشته باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر با بخش خدمات مشتریان OneCare Connect تماس گرفته یا کتابچه راهنمای اعضای OneCare Connect را مطالعه نمایید. ممکن است مزایا و/یا سهم هزینه پرداختی فرد بیمه شده در 1 ژانویه هر سال تغییر کند. برای کسب اطلاعات بیشتر به وبسایت www.caloptima.org/onecareconnect مراجعه نمایید. اگر پرسشی دارید با شماره رایگان OneCare Connect 1-855-705-8823، در طول 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس حاصل نمایید. کاربران TDD/TTY میتوانند با شماره 1-800-735-2929 تماس حاصل نمایند.

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: Զանգահարեք **1-855-705-8823** (TTY (հեռատիպ) **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 بلغة أخرى غير الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل علي الرقم
1-855-705-8823(الهاتف النصي/خط الاتصال لضعاف السمع **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, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ 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: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

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