OMB No. 0938-1378
Expires: 02/28/2029

OneCare
CalOptima Health

نموذج طلب التسجيل في
CalOptima Health OneCare (HMO-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

من الذي يمكنه أن يستخدم هذا النموذج؟

الأشخاص الذين لديهم Medicare ويريدون الانضمام إلى إحدى خطط Medicare Advantage Plan

للانضمام إلى إحدى الخطط، يجب أن تتوفر الشروط التالية:

- أن تكون مواطنًا أمريكيًا أو مقيمًا في الولايات المتحدة بشكل قانوني
- أن تعيش في منطقة تغطية خدمات الخطة

مهم: للانضمام الى إحدى خطط Medicare Advantage Plan، يجب أن يكون لديك كل مما يلي:

- الجزء A من Medicare (تأمين المستشفى).
- الجزء B من Medicare (التأمين الطبي).

متى أستخدم هذا النموذج؟

يمكنك الانضمام إلى إحدى الخطط:

- بين 15 أكتوبر و7 ديسمبر من كل عام (للحصول على التغطية بدءًا من 1 يناير)
- خلال فترة 3 أشهر من حصولك على Medicare لأول مرة
- في مواقف معينة حيث يُسمح لك بالانضمام إلى الخطط أو تبديلها

قم بزيارة Medicare.gov لمعرفة المزيد عن متى يمكنك التسجيل في إحدى الخطط.

ما الذي أحتاج إليه لإكمال هذا النموذج؟

- رقم Medicare الخاص بك (الرقم الموجود على بطاقة Medicare ذات اللون الأحمر، والأبيض، والأزرق)
- عنوانك الدائم ورقم هاتفك

ملاحظة: يجب إكمال جميع الفقرات في القسم 1. الفقرات الموجودة في القسم 2 اختيارية — لن يُرفض طلبك للحصول على التغطية بسبب أنك لم تكملها.

رسائل تذكير:

- إذا كنت ترغب في الانضمام إلى إحدى الخطط في أثناء فترة التسجيل المفتوح في الخريف (من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر)، يجب أن تقدم نموذج طلبك المكتمل للخطة بحلول 7 ديسمبر.

ماذا يحدث بعد ذلك؟

أرسل نموذج طلبك المكتمل والموقّع إلى:

CalOptima Health OneCare
505 City Parkway West, Orange, CA 92868

بمجرد الانتهاء من مراجعة طلبك للانضمام، سيتصلون بك.

كيف أتلقى المساعدة لإكمال هذا النموذج؟

اتصل بـ CalOptima Health OneCare على الرقم **1-877-412-2734**. ويمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم **711**.

أو اتصل بـ Medicare على الرقم

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

En español: Llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734**. TTY al **711** o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

بالنسبة إلى الأفراد الذين يعانون التشرد

- إذا كنت ترغب في الانضمام إلى إحدى الخطط ولكن ليس لديك مكان دائم للإقامة، فإنه يمكن اعتبار صندوق مكتب البريد، أو عنوان أحد الملاجئ أو العيادات، أو العنوان الذي تتلقى فيه البريد (على سبيل المثال، شيكات الضمان الاجتماعي) عنوان الاقامة الدائم الخاص بك.

وفقًا لقانون االحد من العمل الورقي لسنة 1995، لا يُلزَم الأشخاص بالاستجابة لأي عملية جمع معلومات ما لم يتوفر رقم تحكم صحيح OMB. رقم التحكم الصحيح OMB لجمع هذه المعلومات هو 0938-1378. يُقدر الوقت المطلوب لإكمال هذه المعلومات بمعدل 20 دقيقة لكل رد، ويشمل ذلك وقت مراجعة التعليمات والبحث عن مصادر البيانات الموجودة وجمع البيانات المطلوبة واستكمال مجموعة البيانات ومراجعتها. إذا كان لديك أي تعليقات بخصوص دقة تقدير (تقديرات) الوقت أو إذا كانت لديك اقتراحات لتحسين هذا النموذج، يُرجى إرسال خطاب إلى العنوان: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

مهم

لا ترسل هذا النموذج أو أي عناصر تحتوي على معلوماتك الشخصية (مثل المطالبات، والمدفوعات، والسجلات الطبية وغيرها) إلى مكتب تخليص التقارير PRA. سيتم إتلاف أي عناصر نحصل عليها وكانت غير متعلقة بكيفية تحسين هذا النموذج أو عبء جمعه (كما هو موضح في 0938-1378 OMB). لن يتم الاحتفاظ بها، أو مراجعتها، أو إرسالها إلى الخطة. راجع قسم "ماذا يحدث بعد ذلك؟" في هذه الصفحة لإرسال النموذج المكتمل الخاص بك إلى الخطة.

القسم 1 - جميع الحقول في هذه الصفحة مطلوبة (ما لم يتم تحديدها كاختيارية)

حدّد الخطة التي تريد الانضمام إليها:
☐ CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP) - 0$ شهريًا

الاسم الأول:	اسم العائلة:	[اختياري: الحرف الأول من الاسم الأوسط]:

تاريخ الميلاد: (سنة/يوم/شهر) (_____/_____/_____)	الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى	رقم الهاتف: ( )

عنوان شارع الإقامة الدائمة (لا تدخل رقم صندوق مكتب البريد. **يرجى الملاحظة:** بالنسبة للأفراد الذين يعانون من التشرد، قد يعتبر رقم صندوق مكتب البريد عنوان الاقامة الدائم الخاص بك.):

المدينة:	[اختياري: المقاطعة]:	الولاية:	الرمز البريدي:

العنوان البريدي، إذا كان مختلفًا عن عنوانك الدائم (يسمح بإدخال رقم صندوق مكتب البريد):

عنوان الشارع:	المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:

معلومات Medicare الخاصة بك:

رقم Medicare: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

أجِب عن هذه الأسئلة المهمة:

هل ستكون ضمن خطة تغطية أخرى لأدوية الوصفات الطبية (مثل VA وTRICARE) بالإضافة إلى CalOptima Health OneCare Complete ؟ ☐ نعم ☐ لا

اسم خطة التغطية الأخرى:	رقم عضويتك في خطة التغطية هذه:	رقم المجموعة لخطة التغطية هذه:
_____	_____	_____

هل أنت مُسجل في برنامج Medicaid (Medi-Cal) الخاص بولايتك؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى تقديم رقم Medicaid الخاص بك المكون من 9 رموز (رقم معرّف العميل (CIN)):

_____

مهم: اقرأ ما يلي ووقّع أدناه:

- يجب أن أحافظ على كل من تأمين المستشفى (الجزء A) والتأمين الطبي (الجزء B) للبقاء ضمن تغطية CalOptima Health OneCare Complete.
- من خلال الانضمام إلى خطة Medicare Advantage Plan هذه، أقر بأن CalOptima Health OneCare Complete ستشارك معلوماتي مع Medicare، والذي قد يستخدمها لتتبع عملية تسجيلي، ولتسديد المدفوعات، وللأغراض الأخرى التي يسمح بها القانون الفيدرالي الذي يصرح بجمع هذه المعلومات (انظر Privacy Act Statement (بيان قانون الخصوصية) الوارد أدناه). إن ردك على هذا النموذج اختياري. ومع ذلك، قد يؤثر عدم الرد على إمكانية التسجيل في الخطة.
- أفهم أنه يمكنني التسجيل في خطة MA واحدة فقط في كل مرة – وأن التسجيل في هذه الخطة سينهي تلقائيًا تسجيلي في أي خطة MA أخرى (تنطبق الاستثناءات على خطط MA PFFS وMA MSA).
- أفهم بأنه عندما تبدأ تغطيتي من CalOptima Health OneCare Complete، يجب أن أحصل على جميع المزايا الطبية ومستحقاتي من أدوية الوصفات الطبية من CalOptima Health OneCare Complete. إن المزايا والخدمات التي تقدمها CalOptima Health OneCare Complete والواردة في مستند CalOptima Health OneCare Complete الخاص بي " كتيب الأعضاء (دليل التغطية)" (المعروف أيضًا باسم عقد العضو أو اتفاقية المشترك) ستكون مشمولة بالتغطية. لن تدفع Medicare ولا CalOptima Health OneCare Complete مقابل المزايا أو الخدمات التي لا تخضع للتغطية.
- المعلومات الواردة في نموذج التسجيل هذا صحيحة على حد علمي. أفهم أنه إذا قدمت معلومات خطأ عن قصد في هذا النموذج، فسيتم إلغاء تسجيلي في الخطة.
- أفهم أن توقيعي (أو توقيع الشخص المفوض قانونًا بالتصرف نيابة عني) على هذا الطلب يعني أنني قد قرأت وفهمت المعلومات الواردة في هذا الطلب. إذا تم التوقيع عليه من قِبل ممثل مفوض (كما هو موضح أعلاه)، فإن هذا التوقيع يقر بما يلي:
  1. هذا الشخص مفوض بموجب قانون الولاية لإكمال هذا التسجيل، و
  2. إثبات توثيق هذا التفويض متاح عند طلب Medicare.

التوقيع:	**تاريخ اليوم:**
إذا كنت الممثل المفوض، فوقّع أعلاه واملأ هذه الحقول:	
الاسم:	العنوان:
رقم الهاتف: ( )	الصلة بالمسجل:

القسم 2 - جميع الحقول في هذه الصفحة اختيارية

ترجع الإجابة عن هذه الأسئلة لاختيارك. لن يتم رفض طلبك للتغطية بسبب عدم إجابتك عنها.

اختر إحدى اللغات إذا كنت تريد أن نرسل لك معلومات بلغة أخرى غير الإنجليزية.

☐ الإسبانية ☐ الفيتنامية ☐ الفارسية ☐ العربية ☐ الصينية ☐ الكورية ☐ الروسية

حدد طريقة مما يلي إذا كنت تريدنا أن نرسل إليك معلومات بتنسيق يمكن الوصول إليه.

☐ طريقة برايل ☐ الطباعة بحروف كبيرة ☐ قرص CD صوتي ☐ قرص CD معلومات

يُرجى التواصل مع CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 إذا كنت بحاجة إلى معلومات بتنسيق يمكن الوصول إليه بخلاف ما هو مذكور أعلاه. ساعات العمل الخاصة بنا هي من الإثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم **711**.

هل تعمل؟ ☐ نعم ☐ لا هل يعمل زوجك/زوجتك؟ ☐ نعم ☐ لا

أذكر اسم طبيب الرعاية الأولية (Primary Care Physician, PCP)، أو العيادة، أو المركز الصحي الخاصين بك:

للأفراد الذين يساعدون المسجلين في إكمال هذا النموذج فقط
For individuals helping enrollee with completing this form only

Complete this section if you're an individual (i.e. agents, brokers, SHIP counselors, family members, or other third parties) helping an enrollee fill out this form.

Name: _____ Relationship to enrollee: _____

Signature: _____ National Producer Number (Agents/Brokers only): _____

Effective Date of Coverage: _____

IEP: AEP: SEP: ICEP (type): _____

بيان قانون الخصوصية

تقوم مراكز خدمات MEDICAID و MEDICARE (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) بجمع معلومات من خطط Medicare لتتبع تسجيل المستفيدين في خطط Medicare Advantage وتحسين الرعاية ودفع مزايا Medicare. تسمح الأقسام 1851 من قانون الضمان الاجتماعي و42 422.50 §§ CFR و422.60 بجمع هذه المعلومات. يمكن لـ CMS استخدام بيانات التسجيل والإفصاح عنها وتبادلها من المستفيدين من برنامج Medicare كما هو محدد في إشعار نظام السجلات (System of Records Notice, SORN) لأدوية الوصفات الطبية التابعة لخطة MARx (Medicare Advantage Prescription Drug, Medicare Advantage)، رقم النظام 0588-70-09. إن ردك على هذا النموذج اختياري. ومع ذلك، قد يؤثر عدم الرد على إمكانية التسجيل في الخطة.

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan، هي منظمة Medicare Advantage ذات عقد مع Medicare وMedi-Cal.
يعتمد التسجيل في CalOptima Health OneCare على تجديد العقد. قم بالاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**)، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). قم بزيارتنا على **www.caloptima.org/OneCare**.