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

OneCare
CalOptima Health

فرم درخواست ثبت نام
CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

چه افرادی میتوانند از این فرم استفاده کنند؟

افرادی که دارای Medicare هستند و میخواهید دربرنامه Medicare Advantage Plan ثبت نام نمایند.

برای عضویت در برنامه شما باید از شرایط زیر برخوردار باشید:

- شهروند قانونی ایالات متحده بوده یا بطور قانونی در آمریکا حضور داشته باشید.
- در منطقه خدماتی برنامه اقامت داشته باشید

مهم: برای عضویت در برنامه Medicare Advantage Plan, شما باید هردو موارد زیر را داشته باشید:

- Medicare Part A (بیمه بیمارستان)
- Medicare Part B (بیمه درمانی)

چه زمانی باید از این فرم استفاده کنید؟

شما میتوانید در دوره های زمانی زیرعضوبرنامه شوید:

- بین 15 اکتبر تا 7 دسامبر هر سال (برای شروع پوشش در اول ژانویه)
- در عرض سه ماه اول از دریافت Medicare
- در برخی از موارد که به شما اجازه داده میشود برنامه خود را تغییر دهید.

برای آگاهی بیشتر در مورد زمان عضویت در برنامه، به وبسایت Medicare.gov مراجعه نمایید.

برای تکمیل فرم به چه اطلاعاتی نیاز دارم؟

- شماره Medicare (شماره ای که بر روی کارت Medicare قرمز، آبی و سفید شما است)
- آدرس دائمی و شماره تلفن شما

توجه: باید همه موارد در قسمت 1 را تکمیل نمایید. ارائه اطلاعات درخواست شده در قسمت 2 اختیاری هستند— به دلیل پر نکردن این قسمت ما نمیتوانیم پوشش شما را رد کنیم.

یادآوری:

- اگر مایل به عضویت در برنامه ای طی زمان ثبت نام مجاز در پاییز(15 اکتبر تا 7 دسامبر) هستید، برنامه باید فرم تکمیل شده شما را تا 7 دسامبر دریافت کند.

چه اتفاقی خواهد افتاد؟

فرم تکمیل و امضا شده را به آدرس زیر ارسال نمایید:

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

پس از پردازش درخواست عضویت شما ، با شما تماس خواهند گرفت.

چگونه میتوانم برای تکمیل فرم درخواست کمک کنم؟

با CalOptima Health OneCare Complete به شماره رایگان **1-877-412-2734** تماس بگیرید. کاربران TYY می توانند با شماره **711** تماس بگیرند.

یا با Medicare توسط شماره تلفن 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY میتوانند با 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

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.

افرادی که بی خانمانی را تجربه می کنند

- اگر می‌خواهید به یک طرح ملحق شوید اما اقامت دائم ندارید، ممکن است یک صندوق پستی، آدرس یک سرپناه یا کلینیک، یا آدرسی که نامه های خود را دریافت می‌کنید (به عنوان مثال، چک تامین اجتماعی) به عنوان آدرس اقامت دائم شما در نظر گرفته شود.

بر اساس قانون کم کردن بوروکراسی 1995، پاسخ دادن به درخواست جمع آوری اطلاعات توسط هیچ شخصی الزامی نیست، مگر انکه دارای شماره کنترل معتبر OMB باشد. شماره کنترل OMB معتبر برای این مجموعه اطلاعات 0938-1378 است. زمان لازم برای تکمیل این اطلاعات به طور متوسط 20 دقیقه در هر پاسخ، شامل زمان بررسی دستورالعمل ها، جستجوی منابع داده های موجود، جمع آوری داده های مورد نیاز و تکمیل و بررسی مجموعه اطلاعات برآورد شده است. اگر نظری در مورد صحت تخمین زمان یا پیشنهادی برای بهبود این فرم دارید، لطفاً به آدرس زیر بطور کتبی اطلاع دهید: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

مهم

لطفاً این فرم و اطلاعات شخصی خود (مانند ادعاها، پرداختها و پرونده پزشکی) را به PRA Reports Clearance Office ارسال نکنید. هر مدرک ارسالی که در مورد چگونگی بهبود این فرم یا بار مجموعه آن (که در 0938-1378 OMB ذکر شده) نباشد، از بین خواهد رفت. ما مدارک را نگه داری ، بررسی و یا به برنامه ارسال نمی کنیم. برای آگاهی از آدرس محل ارسال این فرم به بخش "مرحله بعد چیست؟" مراجعه کنید.

بخش ۱ - تمام طلاعات مورد نیاز دراین صفحه ضروری هستند (مگر انتخابی علامت گذاری شده باشند)

برنامه ای که مایل به عضویت در آن هستید را انتخاب کنید:
☐ CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP) -$0 در ماه

نام:	نام خانوادگی:	[اختیاری: حرف اول اسم وسط]:

تاریخ تولد: (سال/روز/ماه) (_____/_____/_____)	جنسیت: ☐ مرد ☐ زن	شماره تلفن: ( )

آدرس محل اقامت دائمی (لطفاً آدرس صندوق پستی ننویسید. **توجه داشته باشید:** برای افرادی که بی خانمانی را تجربه می کنند، ممکن است یک صندوق پستی آدرس محل اقامت دائم شما در نظر گرفته شود.):

شهر:	[اختیاری: کانتی]:	ایالت:	کد پستی:

آدرس پستی اگر با محل سکونت دائمی متفاوت است (صندوق پستی قابل قبول است):

خیابان: شهر: ایالت: کد پستی:

اطلاعات Medicare شما:

شماره Medicare: __ __ __ __ - __ __ __ __ - __ __ __ __

لطفاً به پرسشهای مهم زیر پاسخ دهید:

آیا به علاوه بر CalOptima Health OneCare Complete پوشش داروهای نسخه دار دیگری (مانند VA یا TRICARE) خواهید داشت؟
☐ بله ☐ خیر

نام بیمه درمانی دیگر: _____ شماره عضویت این بیمه: _____ شماره گروه این بیمه : _____

آیا در برنامه ایالتی Medicaid (Medi-Cal) عضو هستید؟ ☐ بله ☐ خیر
اگر پاسخ شما "بله" است لطفاً شماره 9 رقمی (Client Index Number (CIN)) Medicaid خود را ارائه نمایید:

_____

مهم: لطفا بخوانید و امضا کنید

- به منظور ادامه عضویت در CalOptima Health OneCare Complete من باید هر دو قسمت برنامه ، بیمارستان (Part A) و درمان (Part B) را داشته باشم.
- با پیوستن به این Medicare Advantage، تصدیق می‌کنم که CalOptima Health OneCare Complete اطلاعات من را با Medicare به اشتراک می‌گذارد، که ممکن است از آن برای پیگیری ثبت‌نام، پرداخت‌ها و سایر مقاصد مجاز توسط قانون فدرال که اجازه جمع‌آوری این اطلاعات را می‌دهد استفاده کند (به بیانیه قانون حفظ حریم خصوصی در پایین مراجعه کنید.). پاسخگویی به این فرم اختیاری است. اما، عدم پاسخگویی ممکن است بر ثبت نام شما در برنامه تاثیر گذار باشد.
- من درک می کنم که می توانم در هر زمان فقط در یک طرح MA ثبت نام کنم - و ثبت نام در این طرح به طور خودکار ثبت نام من در برنامه MA دیگر را پایان می دهد (استثناهایی برای برنامه های MA PFFS و MA MSA اعمال می شود).
- من آگاه هستم که زمانی که پوشش من در CalOptima Health OneCare Complete شروع میشود، من باید همه مزایای درمانی وداروهای نسخه دار را از CalOptima Health OneCare Complete دریافت کنم. مزایا و خدمات ارائه شده است توسط CalOptima Health OneCare Complete و موجود در مدارک "شواهد پوشش" CalOptima Health OneCare Complete من (که با نام قرداد عضویت یا قراردا مشترکین شناخته میشود) همه تحت پوشش قرار میگیرند. Medicare و CalOptima Health OneCare Complete هزینه مزایا و خدماتی را که تحت پوشش نمیباشند را پرداخت نخواهند کرد.
- اطلاعات ارائه شده در این فرم تا آنجا که من آگاه هستم صحیح میباشد. من میدانم که اگر به عمد اطلاعات غلط در این فرم ارائه کنم، عضویت من در برنامه کنسل میشود.
- من آگاه هستم که امضا من (یا امضا نماینده قانونی من) بر روی این سند به این معنی است که من محتویات آن را مطالعه نموده و کاملاً درک کرده ام. اگر توسط نماینده قانونی (بطوری که در بالا اشاره شده) امضا شده، این امضا گواهی میدهد که:
  1. این شخص طبق قانون ایالتی مجاز به تکمیل این فرم ثبت نام است ، و
  2. اسناد مربوط به این نمایندگی در صورت درخواست Medicare، در دسترس میباشد.

امضا:	**تاریخ امروز:**
اگر شما نماینده قانونی عضو میباشد، در بالا امضا کنید و قسمت زیر را تکمیل نمایید:	
نام:	آدرس:
شماره تلفن: ( )	نسبت با عضو:

بخش 2 - تمام طلاعات مورد نیاز دراین صفحه انتخابی هستند

پاسخگویی به این پرسشها اختیاری میباشند. اگر به پرسشها پاسخ ندهید ما نمیتوانیم پوشش شما را رد کنیم.

اگر میخواهید اطلاعاتی را به زبانی غیر از انگلیسی برای شما ارسال کنیم، یکی را انتخاب کنید.

☐ اسپانیایی ☐ ویتنامی ☐ فارسی ☐ عربی ☐ چینی ☐ کُره‌ای ☐ روسی

اگر میخواهید اطلاعاتی را در قالبهای قابل دسترس برای شما ارسال کنیم، یکی را انتخاب کنید.

☐ سی دی داده ها ☐ سی دی صوتی ☐ چاپ بزرگ ☐ بریل

اگر به اطلاعات در قالبهای قابل دسترس به غیر از آنچه در بالا ذکر شده نیاز دارید با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره **1-877-412-2734** تماس بگیرید. ساعات اداری ما دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5 بعد از ظهر است. کاربران TYY می توانند با شماره **711** تماس بگیرند.

آیا شاغل هستید؟ ☐ بله ☐ خیر آیا همسر شما کار می کند؟ ☐ بله ☐ خیر

نام ارائه دهنده مراقبتهای اولیه (PCP), کلینیک یا درمانگاه خود را بنویسید:

فقط برای افرادی که به ثبت نام در تکمیل این فرم کمک می کنند
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): _____

بیانیه قانون حفظ حریم خصوصی

مرکز خدمات Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) اطلاعاتی از برنامه مدیکر برای پیگیری ثبت نام ذینفع در Medicare Advantage (MA) یا Plans ، بهبود برنامه مراقبتی و پرداخت هزینه مزایای مدیکر جمع آوری میکند. بخش 1851 و1860D-1 قانون خدمات اجتماعی و42 423.30 §§ CFR و 422.60 به ما اجازه جمع آوری این اطلاعات را میدهد. CMS ممکن است اطلاعات ثبت نام ذینفعان Medicare همانطور که در اعلامیه سیستم سوابق Medicare Advantage Prescription Drug (MARx) " (SORN)، شماره سامانه 09-70-0588 آمده را افشا، مبادله یا استفاده کند. پاسخگویی به این فرم اختیاری است. اما، عدم پاسخگویی ممکن است بر ثبت نام شما در برنامه تاثیر گذار باشد..

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan، یک سازمان Medicare Advantage تحت قرارداد با Medicare و Medi-Cal است. ثبت نام در برنامه CalOptima Health OneCare به تمدید قرار بستگی دارد. با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare با شماره رایگان **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. به وبسایت ما مراجعه کنید **www.caloptima.org/OneCare**.