

نموذج طلب التسجيل الفردي للتسجيل في إحدى خطط Medicare Advantage (الجزء C)

من يمكنه استخدام هذا النموذج؟

الأشخاص المسجلون في برنامج Medicare الذين يرغبون في الانضمام إلى إحدى خطط Medicare Advantage

رسائل التذكير:

- إذا كنت ترغب في الانضمام إلى إحدى الخطط أثناء التسجيل المفتوح في الخريف (15 أكتوبر - 7 ديسمبر)، يجب أن تحصل الخطة على النموذج المكتمل منك بحلول 7 ديسمبر.
- ستُرسل لك خطتك فائترة بقسط الخطة. يمكنك اختيار الاشتراك للحصول على خصم مدفوعات الأقساط الخاصة بك من حسابك المصرفي أو ميزة الضمان الاجتماعي الشهرية (أو مجلس تقاعد السكك الحديدية).

ماذا سيحدث بعد ذلك؟

أرسل النموذج المكتمل والموقع إلى:

L.A. Care Health Plan
Attn: Product Sales / Agent Enrollment
1200 W. 7th Street, 2nd Floor
Los Angeles CA 90017

بمجرد انتهائهم من معالجة طلبك للانضمام، سيتصلون بك.

كيف أحصل على مساعدة بشأن هذا النموذج؟

اتصل بخطة L.A. Care Health Plan على الرقم
الاتصال على TTY يمكن لمستخدمي 1-833-592-3767.
الرقم 711.

أو اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE
(1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم
1-877-486-2048.

**En español: Llame a L.A. Care Health Plan al
1-833-592-3767 / TTY 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.**

الأفراد الذين يعانون من التشرد

- إذا كنت ترغب في الانضمام إلى إحدى الخطط ولكن ليس لديك محل إقامة دائم، فقد يكون صندوق مكتب البريد أو عنوان المأوى أو العبادة أو العنوان الذي تتلقى عليه البريد (على سبيل المثال، شبكات الضمان الاجتماعي) هو عنوان إقامتك الدائمة.

وفقاً لقانون الحد من الأعمال الورقية لعام 1995، لا يُطلب من أي شخص الرد على مجموعة من المعلومات ما لم تعرض رقم تحكم OMB صالح. رقم تحكم OMB الصالح لمجموعة المعلومات هذه هو 0938-1378. يقدر الوقت اللازم لإكمال هذه المعلومات بمتوسط 20 دقيقة لكل إجابة، بما في ذلك الوقت اللازم لمراجعة التعليمات والبحث في موارد البيانات الحالية وجمع البيانات المطلوبة وإكمال جمع المعلومات ومراجعتها. إذا كان لديك أي تعليقات تتعلق بدقة تقدير الوقت أو اقتراحات لتحسين هذا النموذج، فيرجى الكتابة إلى: 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 وما إلى ذلك) إلى مكتب تليخيص تقارير قانون تخفيض الأعمال الورقية (PRA). سيتم تدمير أي عناصر نحصل عليها لا تتعلق بكيفية تحسين هذا النموذج أو عبء التحصيل الخاص به (الموضح في OMB رقم 0938-1378). ولن يتم الاحتفاظ بها أو مراجعتها أو إعادة توجيهها إلى الخطة. راجع "ماذا سيحدث بعد ذلك؟" في هذه الصفحة لإرسال النموذج المكتمل إلى الخطة.

القسم 1 - جميع الحقول الموجودة في هذه الصفحة مطلوبة (ما لم يتم وضع علامة عليها بأنها اختيارية)			
حدد الخطة التي تريد الانضمام إليها:			
[] L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) - 0 دولار شهريًا			
الاسم الأول:		اسم العائلة:	
[اختياري: الحرف الأول من الاسم]			
تاريخ الميلاد: (شهر/يوم/سنة)	الجنس:	رقم الهاتف:	نوع رقم الهاتف:
(/ /)	[] ذكر [] أنثى	()	[] الصفحة الرئيسية [] الهاتف
عنوان شارع الإقامة الدائمة (لا تضيف رقم صندوق البريد):			
المدينة:	[اختياري: المقاطعة]:	الولاية:	الرمز
العنوان البريدي، إذا كان مختلفًا عن عنوانك الدائم (مسموح بإضافة رقم صندوق البريد):			
عنوان الشارع:	المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
معلومات Medicare الخاصة بك:			
رقم Medicare:			
- -			
أجب عن هذه الأسئلة المهمة:			
هل ستحصل على تغطية أخرى للأدوية الموصوفة (مثل VA و TRICARE) بالإضافة إلى L.A. Care Medicare Plus؟			
[] نعم [] لا			
اسم التغطية الأخرى:		رقم العضو لهذه التغطية:	
رقم التغطية الأخرى:		رقم المجموعة لهذه التغطية:	
هل أنت مسجل في برنامج Medi-Cal؟		إذا كانت الإجابة "نعم"، فيرجى تقديم رقم Medi-Cal الخاص بك:	
[] نعم [] لا			
مهم: اقرأ ووقع أدناه:			
<ul style="list-style-type: none"> • يجب أن أحتفظ بكل من تأمين المستشفيات (الجزء A) والتأمين الطبي (الجزء B) للبقاء في L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP). • بالانضمام إلى Medicare Advantage، أقر بأن L.A. Care Medicare Plus ستشارك معلوماتي مع Medicare، الذي قد يستخدمها لتتبع تسجيلي، وإجراء المدفوعات، ولأغراض أخرى يسمح بها القانون الفيدرالي التي تسمح بجمع هذه المعلومات (راجع بيان قانون الخصوصية أدناه). رذك على هذا النموذج طوعي. ومع ذلك، قد يؤثر عدم الاستجابة في التسجيل في الخطة. • أفهم أنه يمكنني التسجيل في خطة واحدة فقط من خطط MA في كل مرة - وأن التسجيل في هذه الخطة سيؤدي تلقائيًا لتسجيلي في أي خطة أخرى من خطط MA (تتطبق الاستثناءات على خطط MA PFFS و MA MSA). • أنا أفهم أنه عندما تبدأ تغطية L.A. Care Medicare Plus، يجب أن أحصل على جميع مزايا الأدوية الطبية والأدوية الموصوفة من L.A. Care Medicare Plus. وسيتم أيضًا تغطية المزايا والخدمات المقدمة من L.A. Care Medicare Plus والواردة في مستند "دليل التغطية" الخاص بخطة L.A. Care Medicare Plus (المعروف أيضًا باسم عقد العضو أو اتفاقية المشترك). ولن يدفع برنامج Medicare أو خطة L.A. Care Medicare Plus مقابل المزايا أو الخدمات غير المشمولة بالتغطية. • المعلومات الواردة في نموذج التسجيل هذا صحيحة على حد علمي. أفهم أنه إذا قدمت معلومات خاطئة عن قصد في هذا النموذج، سيتم إلغاء تسجيلي في الخطة. • أفهم أن توقيعني (أو توقيع الشخص المخول قانونًا بالتصرف نيابةً عني) على هذا الطلب يعني أنني قرأت وفهمت محتويات هذا الطلب. إذا كان موقعًا من قبل ممثل مفوض (كما هو موضح أعلاه)، فإن التوقيع يشهد على ما يلي: <ol style="list-style-type: none"> 1) هذا الشخص مخول بموجب قانون الولاية بإكمال هذا التسجيل، 2) وتتوفر وثائق هذ التفويض عندما يطلب برنامج Medicare. 			
التوقيع:		تاريخ اليوم:	
إذا كنت الممثل المفوض، فوقع أعلاه واملأ هذه الحقول:			
الاسم:		العنوان:	
رقم الهاتف:		الصلة بالمسجل:	

القسم 2 - جميع الحقول في هذه الصفحة اختيارية

الإجابة عن هذه الأسئلة هو اختياريك. ولا يمكن رفض تغطيتك لأنك لم تملأها.

هل أنت من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني؟ حدد كل ما ينطبق.

- [] لا، ليس من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني
 [] نعم، من بورتوريكو
 [] نعم، من أصل هسباني أو لاتيني أو إسباني آخر
 [] نعم، مكسيكي، أمريكي مكسيكي، شيكانو
 [] نعم، كوبي
 [] اختار عدم الإجابة.

ما هو عرقك؟ حدد كل ما ينطبق.

- [] هندي أمريكي أو من مواطني الأسكا الأصليين
 [] هندي آسيوي
 [] صيني
 [] فلبيني
 [] ياباني
 [] كوري
 [] فيتنامي
 [] آسيوي آخر
 [] أسود أو أمريكي من أصل أفريقي
 من سكان هاواي الأصليين وجزر المحيط الهادئ:
 [] من سكان غوام أو تشامورو
 [] من سكان هاواي الأصليين
 [] من سكان ساموا
 [] من سكان جزر المحيط الهادئ الآخرين
 [] أبيض
 [] اختار عدم الإجابة

حدد لغتك المنطوقة المفضلة، إذا كانت غير الإنجليزية.

- [] الإسبانية [] الماندرين [] الكانتونية [] الكورية [] الأرمنية [] الروسية [] العربية
 [] التاغالوغية [] الفيتنامية [] الفارسية [] الخمير / الكمبودية

حدد لغة واحدة إذا كنت تريد منا أن نرسل لك معلومات بلغة أخرى غير الإنجليزية.

- [] الإسبانية [] الصينية [] الكورية [] الأرمنية [] الروسية [] العربية [] التاغالوغية
 [] الفيتنامية [] الفارسية [] الخمير / الكمبودية

حدد تنسيقاً واحداً إذا كنت تريد منا أن نرسل لك معلومات بتنسيق يسهل الوصول إليه.

- [] طباعة بحروف كبيرة [] قرص مضغوط صوتي [] قرص مضغوط للبيانات [] طريقة برايل

يرجى الاتصال بخطة L.A. Care Medicare Plus على الرقم 1-833-522-3767 إذا كنت بحاجة إلى معلومات بتنسيق يمكن الوصول إليه بخلاف ما هو مذكور أعلاه. نحن متاحون على مدار 24 ساعة يوميًا، و7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على رقم 711.

هل تعمل؟ [] نعم [] لا هل يعمل زوجك/زوجتك؟ [] نعم [] لا

حدد طبيب رعايتك الأولية (PCP):

رقم هاتف PCP: () عنوان PCP:

رقم معرف مقدم خدمات L.A. Care (موضح في دليل مقدم الخدمات):
 المجموعة الطبية / جمعيات الأطباء المستقلين (IPA):
 هل أنت حاليًا مريض يتابع حالته مع هذا الطبيب؟ [] نعم [] لا

رقم الهاتف الثانوي: () نوع رقم الهاتف: [] الصفحة الرئيسية [] الهاتف المحمول

[] بتحديد هذا المربع، فإنك توافق على السماح لخطة L.A. Care بالاتصال بك والتواصل معك، بما في ذلك عن طريق الاتصال أو الرسائل النصية. يمكنك تغيير هذه الموافقة في أي وقت عن طريق الاتصال بخطة L.A. Care.

عنوان البريد الإلكتروني:

[] بتحديد هذا المربع، فإنك توافق على السماح لخطة L.A. Care بالاتصال بك والتواصل معك عبر البريد الإلكتروني. ستستمر في تلقي معلومات مهمة عن الخطة عن طريق البريد. يمكنك تغيير هذه الموافقة في أي وقت عن طريق الاتصال بخطة L.A. Care Medicare Plus على الرقم 711 TTY 1-833-522-3767.

رقم هاتف جهة الاتصال في حالات الطوارئ: ()	الاسم الكامل لجهة الاتصال في حالات الطوارئ:
الصلة بالمستفيد:	البريد الإلكتروني لجهة الاتصال في حالات الطوارئ:

بيان قانون الخصوصية

تجمع مراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) معلومات من خطط Medicare لتتبع تسجيل المستفيدين في خطط Medicare Advantage (MA)، وتحسين الرعاية، ودفع مزايا Medicare. يسمح القسمان 1851 من قانون الضمان الاجتماعي وقانون اللوائح الفيدرالية 42 المادتين 422.50 و 422.60 بجمع هذه المعلومات. يجوز لمراكز CMS استخدام بيانات التسجيل من المستفيدين من برنامج Medicare والإفصاح عنها وتبادلها كما هو محدد في إشعار نظام السجلات (SORN) "الأدوية الموصوفة في Medicare Advantage (MARx)"، رقم النظام 09-70-0588. رداً على هذا النموذج طوعي. ومع ذلك، قد يؤثر عدم الاستجابة في التسجيل في الخطة.

معلومات مساعدة الوكيل	
اسم الوكيل:	رقم رخصة الوكيل:
رقم هاتف الوكيل:	عنوان البريد الإلكتروني للوكيل:
تاريخ الاستلام للوكيل:	تاريخ السريان المقترح من جانب الوكيل: