

فرم درخواست ثبت نام فردی برای ثبت نام در طرح بیمه Medicare Advantage (قسمت C)

چه کسی می تواند از این فرم استفاده کند؟

افرادی که Medicare دارند می توانند به طرح بیمه Medicare Advantage بپیوندند

یادآوری:

- اگر بخواهید در دوره ثبت نام آزاد پاییز (15 اکتبر - 7 دسامبر) به طرح بیمه ملحق شوید، طرح بیمه باید فرم پر شده شما را تا 7 دسامبر دریافت کند.
- طرح بیمه، صورت حساب حق بیمه را برای شما ارسال می کند. می توانید ترتیبی دهید که حق بیمه از حساب بانکی شما یا مزایای ماهانه تامین اجتماعی (یا هیات بازنشستگی راه آهن) شما کسر شود.

برای پیوستن به طرح، باید:

- شهروند ایالات متحده یا ساکن قانونی ایالات متحده باشید
- ساکن ناحیه خدمات طرح بیمه باشید

مهم: برای پیوستن به طرح بیمه Medicare Advantage، باید دو پوشش زیر را نیز داشته باشید:

- Medicare قسمت A (بیمه بیمارستان)
- Medicare قسمت B (بیمه پزشکی)

بعداً چه می شود؟

فرم پر شده و امضا شده را به نشانی زیر بفرستید:

L.A. Care Health Plan
توجه: فروش محصول / ثبت نام نماینده
W. 7th Street, 2nd Floor 1200
Los Angeles CA 90017

هنگام رسیدن نوبت رسیدگی به درخواست شما، با شما تماس خواهند گرفت.

برای پر کردن این فرم از چه کسی کمک بگیرم؟

با L.A. Care Health Plan با شماره 1-833-592-3767 تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با 711 تماس بگیرند.

یا با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند با 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

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.

افراد دچار بی خانمانی

- اگر می خواهید به طرح بیمه ملحق شوید ولی اقامت دائم ندارید، می توانید صندوق پستی، نشانی پناهگاه یا درمانگاه، یا نشانی محل دریافت مرسوله پستی (مثلاً چک تامین اجتماعی) را نشانی دائم خود فرض کنید.

طبق قانون کاهش تشریفات اداری 1995، هیچ فردی ملزم به همکاری با فرآیند جمع آوری اطلاعات نیست، مگر این که آن فرآیند شماره کنترل معتبر OMB داشته باشد. شماره کنترل معتبر OMB مربوط به این فرآیند جمع آوری اطلاعات 1378-0938 است. زمان لازم برای جمع آوری اطلاعات 20 دقیقه برای هر پاسخ، شامل زمان مرور دستورالعمل، جستجوی منابع اطلاعاتی موجود، گردآوری داده های لازم و تکمیل و بازبینی روند جمع آوری اطلاعات، برآورد می شود. اگر در مورد دقت تخمین (های) زمانی نظراتی دارید یا توصیه هایی برای بهبود این فرم دارید، لطفاً با نشانی زیر مکاتبه کنید: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

مهم

این فرم یا موارد حاوی اطلاعات شخصی خود (مانند ادعاها، پرداخت ها، سوابق پزشکی و غیره) را به دفتر ترخیص گزارش های PRA ارسال نکنید. مدارکی که به دست ما برسد و به روش بهسازی این فرم یا کاهش زحمت جمع آوری آن مربوط نباشد (ذکر شده در OMB 0938-1378)، معدوم خواهد شد. نگهداری، بازبینی یا انتقال مدارک به طرح بیمه صورت نمی گیرد. بخش «بعد چه اتفاقی می افتد؟» در این صفحه را برای چگونگی ارسال فرم کامل شده به طرح بیمه، مشاهده کنید.

بخش 1 - پر کردن همه فیلدهای این صفحه ضروری است (مگر این که اختیاری معرفی شده باشند)

طرح بیمه‌ای را که می‌خواهید به آن بپیوند انتخاب کنید:

[] \$0 - L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) در ماه

نام کوچک: نام خانوادگی: [اختیاری: نام میانی]:

تاریخ تولد: (MM/DD/YYYY) جنسیت: [] مذکر [] مونث شماره تلفن: [] شماره تلفن: [] نوع شماره تلفن: [] صفحه اصلی [] موبایل

نشانی خیابان محل سکونت دائم (کدپستی وارد نکنید):

شهر: [اختیاری: کانتی]: ایالت: کدپستی:

نشانی پستی، اگر با نشانی دائم شما تفاوت دارد (وارد کردن کدپستی مجاز است):

نشانی خیابان: شهر: ایالت: کد پستی:

اطلاعات Medicare شما:

شماره Medicare: - -

به این پرسش‌های مهم پاسخ دهید:

آیا پوشش بیمه دیگری برای داروهای تجویزی (مانند VA، TRICARE) دارید؟ علاوه بر L.A. Care Medicare Plus؟

[] بله [] نخیر

نام پوشش‌های دیگر: شماره عضو برای این پوشش: شماره گروه برای این پوشش:

آیا در Medi-Cal ثبت‌نام کرده‌اید؟ اگر «بله»، شماره Medi-Cal خود را ارائه کنید:

[] بله [] نخیر

مهم: قسمت زیر را بخوانید و امضا کنید:

- باید هم بیمارستان (قسمت الف) و هم پزشکی (قسمت ب) داشته باشید تا در L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) را داشته باشید.
- با پیوستن به این Medicare Advantage، تصدیق می‌کنم که L.A. Care Medicare Plus می‌تواند اطلاعات من را با Medicare به اشتراک بگذارد و Medicare می‌تواند از این اطلاعات برای پایش وضعیت ثبت‌نام، پرداخت وجه و دیگر اموری که طبق قانون فدرال در زمینه جمع‌آوری این اطلاعات مجاز است، استفاده کند (به «بیانیه قانون حریم خصوصی» زیر مراجعه کنید). پر کردن این فرم اختیاری است. البته، پاسخ ندادن به پرسش‌ها ممکن است بر فرآیند ثبت‌نام شما در طرح بیمه تأثیر بگذارد.
- می‌دانم که ثبت‌نام همزمان در بیش از یک طرح بیمه MA مجاز نیست - و ثبت‌نام در این طرح باعث می‌شود که عضویت من در دیگر طرح بیمه MA به‌طور خودکار باطل شود (برای طرح‌های MA MSA، MA PFFS موارد استثنا اعمال می‌شود).
- من این را درک می‌کنم که پس از برقرار شدن پوشش L.A. Care Medicare Plus من، باید همه مزایای پزشکی و داروهای نسخه‌ای خود را از L.A. Care Medicare Plus دریافت کنم. مزایا و خدمات ارائه شده توسط L.A. Care Medicare Plus و موجود در سند «شواهد پوشش» L.A. Care Medicare Plus (همچنین به عنوان قرارداد عضو یا قرارداد مشترک شناخته می‌شود) تحت پوشش قرار خواهد گرفت. نه Medicare و نه L.A. Care Medicare Plus برای مزایا یا خدماتی که تحت پوشش نیستند، پرداخت نخواهند کرد.
- اطلاعات مندرج در این فرم ثبت‌نام، تا جایی که می‌دانم، درست است. می‌دانم که اگر عمداً اطلاعات نادرستی در این فرم درج کنم، عضویت من در طرح بیمه لغو می‌شود.
- می‌دانم که امضای من (یا امضای نماینده قانونی مجاز من) در این درخواست‌نامه به این معنی است که محتویات این درخواست‌نامه را خوانده و فهمیده‌ام. امضای نماینده مجاز (طبق توضیح بالا) گواهی می‌کند که:
 - 1) این شخص، طبق قانون ایالت، مجاز به پر کردن این فرم ثبت‌نام است و
 - 2) مستندات این مجوز، بنا به درخواست، باید در اختیار Medicare قرار بگیرد.

امضا: تاریخ امروز:

اگر نماینده مجاز هستید، قسمت بالا را امضا و این فیلدها را پر کنید:

نام: نشانی:

شماره تلفن: نسبت با ثبت‌نام‌کننده:

بخش 2 - پر کردن همه فیلدهای این صفحه اختیاری است

پاسخ دادن به این پرسش‌ها اختیاری است. خودداری از پاسخ‌گویی سبب محرومیت شما از پوشش بیمه نمی‌شود.

آیا اصالتاً هیسپانیک، لاتین یا اسپانیایی هستید؟ همه موارد مرتبط را انتخاب کنید.

- [] خیر، اصالتاً هیسپانیک، لاتین یا اسپانیایی نیستم
 [] بله، پورتوریکویی
 [] بله، از دیگر تبارهای هیسپانیک، لاتین یا اسپانیایی
 [] ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم.
- [] بله، مکزیکی، مکزیکی آمریکایی.
 Chicano/a
 [] بله، کوبایی

نژاد شما چیست؟ همه موارد مرتبط را انتخاب کنید.

- [] بومی آمریکایی یا بومی آلاسکا آسیایی:
 [] هندی آسیایی
 [] چینی
 [] فیلیپینی
 [] ژاپنی
 [] کره‌ای
 [] ویتنامی
 [] سایر آسیایی‌ها
- [] سیاه‌پوست یا آفریقایی آمریکایی
 بومی هاوایی و ساکن جزایر اقیانوس آرام:
 [] گوامی یا چامورو
 [] بومی هاوایی
 [] ساموایی
 [] سایر ساکنان جزایر اقیانوس آرام
 [] سفید
 [] ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

اگر زبان ترجیحی شفاهی شما غیر از انگلیسی است، آن را انتخاب کنید.

- [] اسپانیولی [] ماندارین [] کانتونی [] کره‌ای [] ارمنی [] روسی [] عربی
 [] تاگالوگ [] ویتنامی [] فارسی [] خمر/کامبوج

اگر می‌خواهید اطلاعات را به زبانی غیر از انگلیسی برای شما بفرستیم، یک زبان را انتخاب کنید.

- [] اسپانیایی [] چینی [] کره‌ای [] ارمنی [] روسی [] عربی [] تاگالوگ
 [] ویتنامی [] فارسی [] خمر/کامبوج

اگر می‌خواهید اطلاعات را در قالب دسترس‌پذیر برای شما بفرستیم، یکی از قالب‌ها را انتخاب کنید.

- [] چاپ درشت [] لوح فشرده صوتی [] لوح فشرده داده [] بریل

لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 تماس بگیرید اگر به اطلاعات در قالب قابل دسترسی نیاز دارید. ما 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، در دسترس هستیم. کاربران TTY می‌توانند با شماره 711 تماس بگیرند.

آیا شاغل هستید؟ [] بله [] خیر آیا همسرتان شاغل است؟ [] بله [] نخیر

نام پزشک مراقبت‌های اولیه (PCP) خود را وارد کنید:

شماره تلفن PCP: () نشانی PCP:

شماره شناسه ارائه‌دهنده L.A. Care (مندرج در راهنمای ارائه‌دهندگان):
 گروه پزشکی / IPA:
 آیا هم‌اکنون بیمار این پزشک هستید؟ [] بله [] نخیر

شماره تلفن دوم: () نوع تلفن: [] صفحه اصلی [] موبایل

[] با علامت زدن این کادر، موافقت می‌کنید که به L.A. Care اجازه تماس و برقراری ارتباط با شما، از جمله از طریق تماس یا ارسال پیامک را بدهید. در هر زمان می‌توانید این رضایت را با تماس با L.A. Care تغییر دهید.

نشانی ایمیل:

[] با علامت زدن این کادر، موافقت می‌کنید که به L.A. Care اجازه دهید تا از راه ایمیل با شما تماس بگیرد و با آنها ارتباط برقرار کند. اطلاعات مهم طرح بیمه همچنان از طریق پست برای شما ارسال می‌شود. در هر زمان می‌توانید این رضایت را با تماس با L.A. Care Medicare Plus به شماره 711 TTY 1-833-522-3767 تغییر دهید.

نام کامل رابط مواقع اضطراری:	شماره تلفن رابط مواقع اضطراری: ()
ایمیل رابط مواقع اضطراری	نسبت با ذینفع:

بیانیه قانون حریم خصوصی

مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) اطلاعاتی از طرح‌های Medicare جمع‌آوری می‌کند تا ثبت‌نام ذینفعان خدمات در طرح‌های Medicare Advantage (MA) را پیگیری کرده، مراقبت را بهبود بخشند و مزایای Medicare را پرداخت کنند. جمع‌آوری این اطلاعات بر اساس بخش‌های 1851 از «قانون تامین اجتماعی» و CFR §§ 422.50 42 و 422.60 مجاز است. CMS می‌تواند داده‌های ثبت‌نام دریافتی از ذینفعان Medicare را طبق اطلاعیه سامانه بایگانی (SORN) «داروی نسخه‌ای Medicare Advantage (MARx)»، سامانه شماره 09-70-0588، مصرف، فاش و مبادله کند. پر کردن این فرم اختیاری است. البته، پاسخ ندادن به پرسش‌ها ممکن است بر فرآیند ثبت‌نام شما در طرح بیمه تاثیر بگذارد.

اطلاعات کمک مالی	
نام کارگزار:	شماره مجوز کارگزار:
شماره تلفن کارگزار:	نشانی ایمیل کارگزار:
تاریخ دریافت کارگزار:	تاریخ موثر پیشنهادی کارگزار: