



## المستند 1: نموذج طلب التسجيل الفردي من أجل التسجيل في إحدى خطط Medicare Advantage Plan (الجزء C)

### رسائل تذكير:

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

### ماذا يحدث بعد ذلك؟

أرسل نموذج طلبك المكتمل والموقع إلى:

OneCare (HMO D-SNP)

505 City Parkway West

Orange, CA 92868

بمجرد الانتهاء من مراجعة طلبك للانضمام، سيتصلون بك.

### كيف أتلقى المساعدة لإكمال هذا النموذج؟

تواصل مع OneCare على الرقم 1-877-412-2734. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711.

أو تواصل هاتفياً مع 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 OneCare al

1-877-412-2734. TTY al 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.

### بالنسبة إلى الأفراد الذين يعانون التشرد

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

### من الذي يمكنه أن يستخدم هذا النموذج؟

الأشخاص التابعون لبرنامج Medicare ويريدون الانضمام إلى إحدى خطط Medicare Advantage Plan

للاتضمام إلى إحدى الخطط، يجب أن تتوفر الشروط التالية:

- أن تكون مواطناً أمريكياً أو مقيماً في الولايات المتحدة بشكل قانوني
- أن تعيش في منطقة تغطية خدمات الخطة

ملاحظة مهمة: للانضمام على إحدى خطط

Medicare Advantage Plan، يجب أن تكون خاضعاً لتغطية كل مما يلي:

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

### متى أستخدم هذا النموذج؟

يمكنك الانضمام إلى إحدى الخطط خلال الفترة:

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

بايد زيارة الموقع الإلكتروني Medicare.gov لمعرفة المزيد عن الوقت الذي يمكنك التسجيل فيه في إحدى الخطط.

### ما الذي أحتاج إليه لإكمال هذا النموذج؟

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

**ملاحظة:** يجب إكمال جميع العناصر في القسم 1. العناصر الموجودة في القسم 2 اختيارية، ولن يُرْفَض طلبك للحصول على التغطية بسبب أنك لم تكملها.

وفقاً للقانون الأمريكي للحد من العمل الورقي لسنة 1995، لا يُلْزَم الأشخاص بالاستجابة لأي عملية جمع معلومات ما لم يتوفر رقم تحكم صحيح صادر عن المكتب الأمريكي للإدارة والميزانية (OMB) (Office of Management and Budget). رقم التحكم الصحيح الصادر عن 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 (تقدير ات) الوقت أو إذا كانت لديك اقتراحات لتحسين هذا النموذج، يُرجى إرسال خطبك إلى العنوان: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

ملاحظة مهمة

لا ترسل هذا النموذج أو أي عناصر تحتوي على معلوماتك الشخصية (مثل المطالبات والمدفوعات والسجلات الطبية وغيرها) إلى مكتب منح الموافقات وفقاً لتقارير برنامج الحد من العمل الورقي (PRA Reports Clearance Office). سيتم إتلاف أي عناصر نحصل عليها وكانت غير متعلقة بكيفية تحسين هذا النموذج أو عبء جمع البيانات (كما هو موضح في OMB 0938-1378). لن يتم الاحتفاظ بها أو مراجعتها أو إرسالها إلى الخطة. راجع قسم "ماذا يحدث بعد ذلك؟" في هذه الصفحة لإرسال النموذج المكتمل إلى الخطة.

H5433\_23MM011TA\_C

OC Enrollment Form\_A  
MMA 2437 07-19-22 PR



## OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan نموذج التسجيل الفردي

<b>القسم 1 - يلزم ملء جميع الحقول في هذه الصفحة (ما لم يتم وضع علامة أن هذا الحقل اختياري)</b>			
حدّد الخطة التي تريد الانضمام إليها:			
□ OneCare (HMO D-SNP) – مقابل 0 دولار شهرياً			
الاسم الأول:		اسم العائلة:	
[اختياري: الحرف الأول من الاسم الأوسط]:		[اختياري: الحرف الأول من الاسم الأوسط]:	
رقم الهاتف:	الجنس:	تاريخ الميلاد: (شهر/يوم/سنة)	
	ذكر □ أنثى □	(____/____/____)	
عنوان شارع الإقامة الدائمة (لا تدخل رقم صندوق البريد):			
المدينة:	[اختياري: البلد]:	الولاية:	الرمز البريدي:
العنوان البريدي، إذا كان مختلفاً عن عنوانك الدائم (يسمح بإدخال رقم صندوق البريد):			
عنوان الشارع:		المدينة:	
الولاية:		الرمز البريدي:	
جهة الاتصال في حالة الطوارئ:			
رقم الهاتف: _____ الصلة بك: _____			
<b>معلومات Medicare الخاصة بك:</b>			
رقم Medicare: _____			
<b>أجب عن هذه الأسئلة المهمة:</b>			
هل ستكون ضمن خطة تغطية أخرى لأدوية الوصفات الطبية (مثل VA و TRICARE) بالإضافة إلى OneCare؟ نعم □ لا □			
اسم خطة التغطية الأخرى:		رقم عضويتك في خطة التغطية هذه:	
_____		_____	
هل أنت مُسجل في برنامج Medicaid (Medi-Cal) الخاص بولايتك؟ نعم □ لا □			
إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى تقديم رقم Medicaid المكون من 9 أرقام (رقم معرف العميل (Client Index Number, CIN):			
_____			

## ملاحظة مهمة: اقرأ ما يلي ووقع أذناه:

- يجب أن أحافظ على كل من تأمين المستشفى (الجزء A) والتأمين الطبي (الجزء B) للبقاء ضمن تغطية OneCare.
- من خلال الانضمام إلى خطة Medicare Advantage هذه، أقر بأن OneCare ستشارك معلوماتي مع Medicare والتي قد تستخدمها لتتبع عملية تسجيلي وإجراء المدفوعات ولأغراض الأخرى التي يسمح بها القانون الفيدرالي الذي يصرح بجمع هذه المعلومات (انظر بيان قانون الخصوصية الوارد أذناه). إن ردي 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 (تتطبق الاستثناءات على خطط MA PFFS و MA MSA).
- أقر بأنه عندما يبدأ انضمامي لتغطية OneCare، يجب أن أحصل على جميع المزايا الطبية ومستحقاتي من أدوية الوصفات الطبية من OneCare. ستتم تغطية المزايا والخدمات التي تقدمها OneCare والواردة في مستند OneCare "دليل التغطية/كتيب الأعضاء" (المعروف أيضًا باسم عقد العضو أو اتفاقية المشترك). لن تدفع Medicare ولا OneCare 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 توقيعني (أو توقيع الشخص المخول قانونًا بالتصرف نيابة عني) على هذا الطلب يعني أنني قد قرأت وفهمت المعلومات الواردة في هذا الطلب. إذا تم التوقيع عليه من قبل ممثل مفوض (كما هو موضح أعلاه)، فإن هذا التوقيع يقر بما يلي:
  - 1 هذا الشخص مخول بموجب قانون الولاية لإكمال هذا التسجيل
  - 2 وإثبات توثيق هذا التفويض متاح عند طلب Medicare.

التوقيع:	تاريخ اليوم:
إذا كنت الممثل المفوض، فوق أعلاه واملأ هذه الحقول:	
الاسم:	العنوان:
رقم الهاتف:	الصلة بالمسجل:

## القسم 2 - جميع الحقول في هذه الصفحة اختيارية

ترجع الإجابة عن هذه الأسئلة لاختيارك. لا يُرفض طلبك للتغطية بسبب عدم إجابتك عنها.

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

- لا، لست من أصل هسباني أو لاتيني/ أو إسباني
- نعم، بورتوريكي
- نعم، من أصل هسباني أو لاتيني/ أو إسباني
- أختار ألا أجيب.

ما العرق الذي تنحدر منه. حدد كل ما ينطبق.

- هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين
- هندي آسيوي
- صيني
- فلبيني
- ياباني
- كوري
- من أصل آسيوي آخر
- من جزر الهادي الأخرى
- فيننمي
- من ساموا
- أبيض
- أختار ألا أجيب.

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

- الإسبانية  الفيتنامية  الفارسية  العربية  الصينية  الكورية

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

- طريقة برايل  الطباعة بحروف كبيرة  قرص CD صوتي

يرجى التواصل هاتفياً مع OneCare على الرقم 1-877-412-2734 إذا كنت بحاجة إلى معلومات بتنسيق يمكن الوصول إليه بخلاف ما هو مذكور أعلاه. إن أوقات العمل لدينا هي من <الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً> يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على 711.

هل تعمل؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	هل يعمل زوجك/زوجتك؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
أذكر اسم طبيب الرعاية الأولية أو العيادة أو المركز الصحي:			
<b>للاستخدام الرسمي فقط:</b>			
رقم معرف الخطة: _____			
تاريخ سريان التغطية IEP: AEP: SEP: ICEP (النوع): _____			
اسم ممثل الخطة/الوكيل/الوسيط: _____			

#### بين قانون الخصوصية

تقوم مراكز خدمات Medicare وMEDICAID (CMS) بجمع معلومات من خطط Medicare لتتبع تسجيل المستفيدين في خطط Medicare Advantage لتحسين الرعاية ودفع استحقاقات Medicare. تسمح الأقسام 1851 و1860D-I من قانون الضمان الاجتماعي وCFR 42 المادتين 422.50 و422.60 بجمع هذه المعلومات. يمكن لمراكز 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 Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)، رقم النظام 09-70-0588. إن ردك على هذا النموذج اختياري. ومع ذلك، قد يؤثر عدم الرد على إمكانية التسجيل في الخطة.

OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan هي إحدى منظمات Medicare Advantage المتعاقدة مع Medicare. يعتمد التسجيل في OneCare على تجديد العقد. تمتثل لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تمارس التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو العمر أو الإعاقة أو الجنس. اتصل بقسم خدمة عملاء OneCare على الرقم المجاني 1-877-412-2734 الهاتف النصي (TTY 711)، <على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع>. <أو تفضل بزيارتنا من خلال [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare)>.

#### المرفقات:

- ملحق إشعار عدم التمييز [معرف الوثيقة: H5433\_23MM003\_C]
- ملحق متعدد اللغات [معرف المادة: IR23\_MM002\_H5433\_H7501]