

احتفظ بنسخة من هذا النموذج لسجلاتك.

نموذج التقديم الخاص بخطة Medicare OneCare Connect Cal MediConnect (Medicaid)

للانضمام إلى خطة Medicare-Medicaid، يجب أن تكون مُسجلاً في القسم A من برنامج Medicare (التأمين الخاص بالمستشفيات)، وأن تكون مُسجلاً في القسم B من برنامج Medicare (التأمين الطبي) وبرنامج Medi-Cal.

اختر الخطة الصحية:

OneCare Connect

معلوماتك:

الاسم: (الأول، الأوسط، العائلة)			
الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر		تاريخ الميلاد: (__ / __ / ____) سنة / يوم / شهر	
رقم الهاتف:		رقم الهاتف الثاني:	
عنوان المنزل:			
المدينة:		الولاية:	
الرمز البريدي:		المقاطعة (اختياري):	
العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن عنوان المنزل):			
المدينة:		الولاية:	
الرمز البريدي:		المقاطعة (اختياري):	
اسم شخص للاتصال به في حالة الطوارئ:		رقم هاتف شخص للاتصال به في حالة الطوارئ:	

يُرجى تحديد أحد المربعات أدناه إذا كنت تفضل إرسال المعلومات لك بلغة أخرى غير الإنجليزية أو بتنسيق يسهل الاطلاع عليه:

الإسبانية _____ الفيتنامية _____ الكورية _____
الصينية _____ العربية _____ الفارسية _____
طريقة برايل أو شريط صوتي مُسجل أو الطباعة بحروف كبيرة

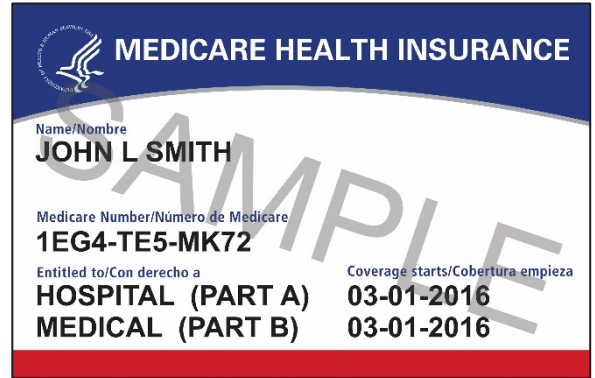
يُرجى الاتصال بـ OneCare Connect على الرقم **1-855-705-8823** إذا احتجت إلى معلومات بتنسيق يسهل الاطلاع عليه أو بلغة غير اللغات المدرجة أعلاه، أيام العمل لدينا تبدأ من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحاً إلى 5:00 مساءً. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم **1-800-735-2929**.

أطلعنا على الأماكن التي تتلقى فيها خدمات الرعاية عادةً:

اسم مقدم الرعاية الأولية أو العيادة أو المركز الصحي:	الهاتف:
--	---------

أخبرنا عن تغطيتك من خلال برنامجي Medicare وMedi-Cal:

قم بتعبئة معلومات Medicare وMedi-Cal الخاصة بك الموجودة أدناه. يمكنك العثور على هذه المعلومات على بطاقتك الحمراء والبيضاء والزرقاء الصادرة عن Medicare أو هيئة تقاعد السكة الحديد. وأيضاً، يُرجى تضمين رقم بطاقة تعريف (ID) برنامج Medi-Cal الخاص بك كما هو موضح على الجزء الأمامي من بطاقة Medi-Cal الخاصة بك.



الاسم (كما هو موضح في بطاقة Medicaid الخاصة بك):
رقم Medicaid:

الاسم (كما هو موضح في بطاقة Medicare الخاصة بك):	
رقم Medicare:	
مستحق لـ:	تاريخ السريان:
تأمين المستشفيات (القسم A):	
التأمين الطبي (القسم B):	
يجب أن تكون مُسجلاً في القسمين A و B من Medicare للانضمام إلى خطة MMP.	

معلومات شخصية أخرى:

<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل تعاني من مرض الفشل الكلوي في مراحله النهائية (ESRD)؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، وقد أجريت لك عملية زراعة كلية ناجحة و/أو لم تعد بحاجة لإجراء غسل كلّي بانتظام، يُرجى إرفاق ملاحظة من طبيبك.	
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل تعيش في مرفق للرعاية طويلة الأجل؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، فقم بتعبئة المعلومات أدناه:	
الهاتف:	اسم المرفق:	
هل زوجك/زوجتك يعمل/تعمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل أنت متزوج؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل تعمل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

معلومات حول تغطيتك الصحية وتغطية الأدوية الموصوفة طبيًا:

بعض الأشخاص يوجد لديهم تأمين صحي أو تغطية للأدوية من خلال تأمين خاص، أو TRICARE، أو أصحاب العمل، أو الاتحادات، أو شؤون قدامى المحاربين أو برامج المساعدات الصيدلانية بالولاية (State Pharmaceutical Assistance Program، SPAP).

هل توجد لديك تغطية صحية أخرى؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، فقم بتعبئة المعلومات أدناه: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
اسم خطتك (وصاحب العمل، إن وجد):	رقم المجموعة:
رقم بطاقة التعريف (ID):	رقم بطاقة التعريف (ID):
اسم خطتك (وصاحب العمل، إن وجد):	رقم المجموعة:
رقم بطاقة التعريف (ID):	رقم بطاقة التعريف (ID):
اسم خطتك (وصاحب العمل، إن وجد):	رقم المجموعة:
رقم بطاقة التعريف (ID):	رقم بطاقة التعريف (ID):
اسم خطتك (وصاحب العمل، إن وجد):	رقم المجموعة:
رقم بطاقة التعريف (ID):	رقم بطاقة التعريف (ID):
اسم خطتك (وصاحب العمل، إن وجد):	رقم المجموعة:
رقم بطاقة التعريف (ID):	رقم بطاقة التعريف (ID):

إذا كانت لديك تغطية صحية من صاحب عمل أو اتحاد حاليًا، فقد تفقد أنت (أو من تعولهم) هذه التغطية عند الانضمام إلى OneCare Connect. يمكن لصاحب العمل أو الاتحاد الخاص بك تزويدك بمزيد من المعلومات حول تغطيتك. إذا كانت لديك أسئلة، فتحدث مع الشخص المسؤول في مكتبك عن المزايا.

يُرجى قراءة النموذج والتوقيع أدناه.

عندما تقوم بتوقيع هذا النموذج، فهذا يعني أنك تفهم ما يلي:

- يوجد لدى OneCare Connect عقد مع الحكومة الفيدرالية ومع ولاية كاليفورنيا.

- قد تكون الخدمات الصحية التي تحصل عليها من خطتك الصحية الجديدة مختلفة عن الخدمات التي كنت تتلقاها سابقاً.
- يتعين عليّ الحفاظ على التسجيل في القسمين A و B من Medicare و Medi-Cal.
- لا يمكنني سوى الانضمام إلى خطة Medicare واحدة في الوقت نفسه.
- من خلال الانضمام إلى OneCare Connect، فإنني سوف أنهى تسجيلي في خطة Medicare الصحية الأخرى أو خطة الأدوية الموصوفة طبيًا.
- يتعين عليّ إطلاع برنامجي Medicare و Medi-Cal بأي تغطية للأدوية الموصوفة طبيًا أتمتع بها أو يمكنني الحصول عليها في المستقبل.
- إذا انتقلت، يجب عليّ إطلاع OneCare Connect.
- كأحد أعضاء OneCare Connect، لدي الحق في تقديم طعن إذا لم أوافق على قرارات OneCare Connect بشأن المدفوعات أو الخدمات.
- أعي أن كتيب أعضاء OneCare Connect (إثبات التغطية) يتضمن القواعد التي يجب عليّ اتباعها.
- لا تغطي OneCare Connect الأشخاص عادةً في أثناء وجودهم خارج البلاد، ولكن قد يكون هناك بعض التغطية المحدودة بالقرب من الحدود الأمريكية.
- اعتبارًا من تاريخ بدء تغطية OneCare Connect، يتعين عليّ الحصول على الرعاية الصحية من مقدمي رعاية تابعين لـ OneCare Connect باستثناء الحالات التي أحتاج فيها إلى رعاية طارئة أو عاجلة أو غسل كلوي خارج نطاق منطقة الخدمات، أو إذا حصلت على موافقة OneCare Connect أو ولاية كاليفورنيا لزيارة مقدمي رعاية آخرين في بعض الحالات.
- سنقوم OneCare Connect بتغطية رعايتي الصحية التي أحصل عليها من أطباء OneCare Connect ومقدمي رعاية آخرين كما هو موضح في كتيب الأعضاء (إثبات التغطية) لمعرفة الخدمات الخاضعة للتغطية.
- إذا كنت بحاجة إلى مراجعة مقدم رعاية معيّن أو مقدم رعاية آخر ليس تابعًا لـ OneCare Connect، فقد أحتاج إلى الحصول على تصريح مسبق أو قد أتحمّل الدفع مقابل الخدمات التي أحصل عليها من جيبتي الشخصي.
- أعي أنه إذا قام وكيل مبيعات أو وسيط أو شخص آخر يعمل لدى OneCare Connect أو متعاقد معها بمساعدتي، فإن OneCare Connect قد تدفع لذلك الشخص عندما يقوم بتسجيلي.
- عند الانضمام إلى OneCare Connect، فإنني أعلم أن OneCare Connect قد تشارك معلوماتي مع برنامجي Medicare و Medi-Cal وخطط أخرى، حسب الحاجة، للعلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية.
- أعي أن الأدوية الموصوفة طبيًا خاضعة للتغطية، ولكنها ليست دائمًا الأدوية نفسها التي أتناولها بالفعل. أعي أنني سأتمكن من الوصول إلى أدويتي الحالية لمدة 30 يومًا على الأقل، حتى يمكنني التبديل إلى دواء مختلف، كما أنني سأتمتع بالوصول إلى مقدمي الرعاية الحاليين للحصول على خدمات Medicare لمدة تصل إلى 12 شهرًا، وخدمات Medi-Cal لمدة تصل إلى 12 شهرًا فور انضمامي إلى OneCare Connect. وأعي أيضًا أن OneCare Connect يوجد لديها مقدمو رعاية وصيديات يتعين عليّ استخدامهم للحصول على خدمات الرعاية الصحية، باستثناء الحالات الطارئة غير الروتينية.
- وأعي أن OneCare Connect قد تشارك معلوماتي، بما في ذلك تغطية الأدوية الموصوفة طبيًا مع برنامجي Medicare و Medi-Cal. ويجوز لها الإفصاح عنها لأغراض البحث وأغراض أخرى، حسبما تسمح به القوانين واللوائح الفيدرالية.
- المعلومات الواردة في هذا النموذج صحيحة على حد علمي. أعي أنه إذا قدمت معلومات خطأ عن قصد في هذا النموذج، فسيتم إلغاء تسجيلي في OneCare Connect.
- يعني توقيعني (أو توقيع ممثلي المفوض) على هذا النموذج أنني قرأت هذا النموذج وفهمته. إذا قام ممثل مفوض بالتوقيع، فإن توقيع هذا الشخص يعني أنه (هو أو هي) مخول بموجب قانون الولاية لإكمال هذا التسجيل، وتتوفر الوثائق المتعلقة بهذا التفويض عند الطلب من قبل برنامج Medicare و/أو برنامج Medi-cal.

توقيعك:	التاريخ:
---------	----------

معلومات حول ممثلك المفوض، إن وجد: إذا كنت الممثل المفوض، يتعين عليك تقديم المعلومات التالية والتوقيع وكتابة التاريخ أدناه:	
الاسم (يرجى كتابته بحروف واضحة):	
التوقيع:	
التاريخ:	
العنوان:	
رقم الهاتف:	
صلة القرابة بالشخص المسجل في برنامجي Medicaid و Medicare:	

لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة www.caloptima.org. إذا كانت لديك أسئلة، فاتصل بـ OneCare Connect على الرقم 1-855-705-8823، على مدار 24 ساعة يومياً و7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم 1-800-735-2929. هذه المكالمات مجانية. يمكنك الحصول على هذه المعلومات مجاناً بلغات وتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بحروف كبيرة وبطريقة برايل وبصيغة صوتية.

للاستخدام الرسمي فقط

اسم الموظف (في حالة المساعدة في التسجيل)	
مُعَرَّف الخطة (ID):#	تاريخ سريان التغطية:
SEPs: التغطية الأولية لفترة الاختيار (ICEP)/فترة التسجيل الأولي (IEP) <input type="checkbox"/> فترة تسجيل مفتوحة (OEP) <input type="checkbox"/> فترة الاختيار السنوية <input type="checkbox"/> (AEP) <input type="checkbox"/> فترة التسجيل الخاصة (SEP) (النوع) <input type="checkbox"/> غير مؤهل	
معتمد من CMS (شهر/يوم/سنة):	اللغة المفضلة:
الشبكة الصحية:	
اسم مقدم الرعاية الأولية:	

إن خطة OneCare Connect Cal MediConnect (Medicare-Medicaid Plan) هي خطة صحية متعاقدة مع كل من برنامجي Medicare و Medi-Cal لتوفير مزايا كل من البرنامجين للمسجلين. تتمثل OneCare Connect لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تمارس التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو العمر أو الإعاقة أو الجنس. إذا كانت لديك أسئلة، فاتصل بـ OneCare Connect على الرقم المجاني 1-855-705-8823، على مدار 24 ساعة في اليوم و7 أيام في الأسبوع. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم المجاني 1-800-735-2929.

English: ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929)。

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.
1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929)번으로 전화해 주십시오.

Farsi:

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.

باشماره 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929) تماس بگیرید.

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل على الرقم 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929).