

لطفاً نسخه‌ای از این فرم را نزد خود نگه دارید.

## فرم درخواست Medicare OneCare Connect Cal MediConnect برنامه (Medicaid)

جهت پیوستن به برنامه مدیکر - مدیک اید، باید دارای مدیکر بخش A (بیمه بیمارستان)، مدیکر بخش B (بیمه پزشکی) و مدیکل باشید.

### انتخاب برنامه درمانی:

<input type="checkbox"/> OneCare Connect
--

### اطلاعات شما:

نام: (نام، نام میانی، نام خانوادگی)			
تاریخ تولد: (__ / __ / ____) سال روز ماه		جنسیت: <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/> مذکر	
شماره تلفن:	شماره تلفن دوم:	آدرس ایمیل:	
آدرس منزل:			
شهر:	ایالت:	کد پستی:	شهرستان (اختیاری):
آدرس پستی (در صورت تفاوت با آدرس منزل):			
شهر:	ایالت:	کد پستی:	شهرستان (اختیاری):
نام تماس در موارد اضطراری:		شماره تماس در موارد اضطراری:	

اگر ترجیح می‌دهید اطلاعات را به زبانی غیر از زبان انگلیسی یا فرمت قابل‌دسترسی برای شما ارسال کنیم، لطفاً یکی از این گزینه‌ها را انتخاب کنید:

اسپانیایی \_\_\_\_\_ ویتنامی \_\_\_\_\_  
فارسی \_\_\_\_\_ کره‌ای \_\_\_\_\_  
چینی \_\_\_\_\_ عربی \_\_\_\_\_  
بریل، نوار صوتی یا چاپ با حروف بزرگ \_\_\_\_\_

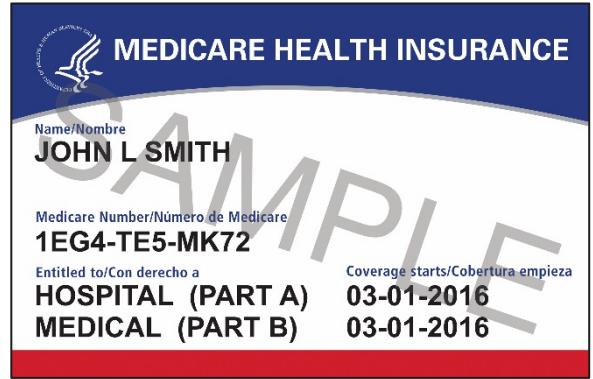
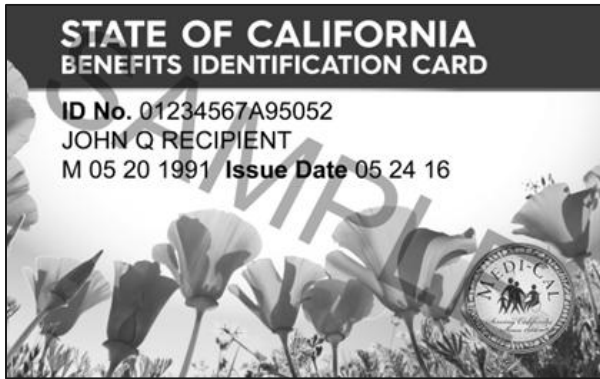
اگر مایلید اطلاعات را در فرمت قابل‌دسترسی یا به زبانی به جز زبان‌های بالا دریافت کنید، لطفاً با OneCare Connect به شماره 1-855-705-8823 تماس بگیرید. دفاتر ما روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر باز است. کاربران TTY باید با شماره 1-800-735-2929 تماس بگیرند.

### به ما بگویید خدمات سلامت خود را معمولاً از کجا دریافت می‌کنید:

نام ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه، کلینیک یا مرکز سلامت:	تلفن:
---	-------

### در مورد پوشش مدیکر یا مدیکل خود به ما بگویید:

اطلاعات مدیکر و مدیکل خود را در زیر وارد کنید. می‌توانید این اطلاعات را در کارت مدیکر قرمز، سفید و آبی، یا در هیئت‌بازنشستگی راه‌آهن مشاهده کنید. علاوه بر این، لطفاً شماره عضویت مدیکل خود را همانطور که بر روی کارت مدیکل شما نوشته شده است وارد کنید.



نام (مطابق با کارت مدیکر اید):
شماره مدیکر اید:

نام (مطابق با کارت مدیکر):	
شماره مدیکر:	
تاریخ اجرا:	واجد شرایط دریافت:
	بیمارستان (بخش A):
	پزشکی (بخش B):
جهت پیوستن به MMP plan باید دارای مدیکر بخش A و بخش B باشید.	

## سایر اطلاعات شخصی:

<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	<b>آیا مبتلا به نارسایی کلیوی مرحله پیشرفته (End-Stage Renal Disease, ESRD) هستید؟</b> اگر پاسخ شما «بله» است و عمل پیوند کلیه را با موفقیت پشت سر گذاشته‌اید و/یا دیگر به دیالیز منظم نیاز ندارید، لطفاً یادداشت پزشک خود را ضمیمه کنید.
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	<b>آیا در مرکز مراقبت بلند مدت زندگی می‌کنید؟</b> اگر پاسخ شما «بله» است، اطلاعات زیر را تکمیل کنید:
<b>نام مرکز:</b>	
<b>تلفن:</b>	
<b>آیا متاهل هستید؟</b> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	<b>آیا شاغل هستید؟</b> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله
<b>آیا همسر شما شاغل است؟</b> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	<b>آیا شاغل هستید؟</b> <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله

## اطلاعاتی در مورد برنامه درمانی و پوشش داروهای تجویزی شما:

بعضی افراد دارای سایر بیمه‌های درمانی یا پوشش دارو از طریق بیمه خصوصی، TRICARE، کارفرمایان، اتحادیه‌ها، امور کهنه‌سربازان یا سایر برنامه‌های همیاری دارویی ایالتی (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) هستند.

<b>آیا پوشش درمانی دیگری دارید؟ اگر پاسخ شما «بله» است، اطلاعات زیر را تکمیل کنید</b> <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
<b>نام طرح (و کارفرما، در صورت وجود):</b>	<b>شماره گروه:</b>
<b>شماره شناسه:</b>	<b>شماره گروه:</b>
<b>نام طرح (و کارفرما، در صورت وجود):</b>	<b>شماره شناسه:</b>
<b>شماره گروه:</b>	<b>شماره شناسه:</b>
<b>نام طرح (و کارفرما، در صورت وجود):</b>	<b>شماره گروه:</b>
<b>شماره شناسه:</b>	<b>شماره شناسه:</b>
<b>نام طرح (و کارفرما، در صورت وجود):</b>	<b>شماره گروه:</b>
<b>شماره شناسه:</b>	<b>شماره شناسه:</b>
<b>نام طرح (و کارفرما، در صورت وجود):</b>	<b>شماره گروه:</b>
<b>شماره شناسه:</b>	<b>شماره شناسه:</b>

اگر در حال حاضر دارای پوشش درمانی از طرف کارفرما یا اتحادیه هستید، امکان دارد در صورت پیوستن به OneCare Connect، شما (یا افراد تحت تکفل شما) آن پوشش را از دست بدهید (بدهند). کارفرما یا اتحادیه شما می‌تواند اطلاعات بیشتری در مورد پوشش شما در اختیارتان قرار دهد. اگر سؤالی دارید، با مسئول مزایا در اداره خود صحبت کنید.

## لطفاً مطالعه و امضا کنید.

امضای این فرم به معنای درک موارد زیر توسط شماست:

- OneCare Connect دارای قرارداد با دولت فدرال و با ایالت کالیفرنیا است.

- ممکن است خدمات سلامت دریافتی از طریق برنامه جدیدتان با خدمات قبلی شما فرق داشته باشد.
- باید مدیکر بخش A و B، و مدیکل را نگه دارم.
- در هر زمان فقط می‌توانم در یک طرح مدیکر باشم.
- با پیوستن به OneCare Connect، به عضویت خود در سایر برنامه‌های درمانی و داروهای نسخه‌ای مدیکر خاتمه می‌دهم.
- باید در مورد پوشش داروهای تجویزی که در حال حاضر دارم یا ممکن است در آینده دریافت کنم به مدیکر و مدیکل اطلاع دهم.
- در صورت نقل مکان، باید این موضوع را به OneCare Connect اطلاع دهم.
- به عنوان عضو OneCare Connect، دارای حق درخواست بررسی مجدد در مواردی هستم که با تصمیمات OneCare Connect در رابطه با پرداخت یا خدمات موافق نیستم.
- متوجه هستم کتابچه راهنمای اعضای OneCare Connect (کتابچه راهنمای پوشش طرح) شامل قوانینی است که باید آنها را رعایت کنم.
- OneCare Connect معمولاً خدمات افرادی را که در خارج از کشور هستند پوشش نمی‌دهد، اما ممکن است پوشش محدودی نزدیک مرز ایالات متحده وجود داشته باشد.
- در تاریخ شروع OneCare Connect، موظف هستم مراقبت‌های درمانی خود را از ارائه‌دهندگان OneCare Connect دریافت کنم؛ موارد استثنا شامل شرایط اورژانسی یا مراقبت فوریتی، دیالیز خارج از محدوده خدمات است یا در صورتی است که در بعضی شرایط، تأییدیه OneCare Connect یا California را جهت ویزیت نزد سایر ارائه‌دهندگان به دست آورم.
- OneCare Connect مراقبت‌های بهداشتی دریافتی من از طرف پزشکان OneCare Connect و سایر ارائه‌دهندگان ذکر شده کتابچه راهنمای اعضا (کتابچه راهنمای پوشش طرح) را پوشش می‌دهد، این کتابچه را مشاهده کنید و متوجه شوید چه خدماتی تحت پوشش قرار می‌گیرد.
- اگر لازم باشد توسط ارائه‌دهنده عضو یا ارائه‌دهنده‌ای خارج از OneCare Connect ویزیت شوم، ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد یا لازم باشد هزینه این خدمات دریافتی را از جیب پرداخت کنم.
- متوجه هستم که اگر نماینده فروش، کارگزار یا سایر افراد تحت استخدام یا قرارداد با OneCare Connect به من کمک کند، ممکن است OneCare Connect دستمزد آن فرد را در زمانی که من را استخدام می‌کند پرداخت کند.
- با پیوستن به OneCare Connect، می‌دانم که OneCare Connect ممکن است اطلاعات من را، بر حسب ضرورت جهت درمان، پرداخت و عملیات‌های مراقبت‌های درمانی، در اختیار مدیکر و مدیکل و سایر برنامه‌ها قرار دهد.
- متوجه هستم داروهای تجویزی تحت پوشش قرار دارند، اما همیشه همان داروهای نیستند که قبلاً مصرف می‌کردم. متوجه هستم پس از پیوستن به OneCare Connect، به مدت حداقل 30 روز به داروهای فعلی خود دسترسی خواهم داشت تا بتوانم استفاده از داروی دیگری را شروع کنم، و به مدت حداکثر 12 ماه برای دریافت خدمات مدیکر و به مدت حداکثر 12 ماه برای دریافت خدمات مدیکل به ارائه‌دهندگان فعلی خود دسترسی خواهم داشت. همچنین متوجه هستم که OneCare Connect دارای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌هایی است که باید جهت دریافت خدمات مراقبت‌های بهداشتی، به استثنا خدمات غیر متداول و شرایط اورژانسی، از آنها استفاده کنم.
- می‌دانم OneCare Connect ممکن است اطلاعات من، شامل پوشش داروهای تجویزی را با مدیکر و مدیکل به اشتراک بگذارد. ممکن است این اطلاعات را، مطابق با قوانین و مقررات فدرال، جهت اهداف تحقیقات یا اهداف دیگر منتشر کنند.
- تا جایی که اطلاع دارم، اطلاعات این فرم صحیح است. متوجه هستم در صورتی که عمداً اطلاعات نادرست در این فرم ارائه کنم، ممکن است ثبت‌نام من در OneCare Connect لغو شود.
- امضا من (یا امضا نماینده قانونی من) در این فرم به این معناست که مفاد این فرم را مطالعه کرده و متوجه شده‌ام. در صورت امضا نماینده قانونی، امضا این فرد به این معناست که او تحت قوانین ایالتی مجاز به تکمیل این نام‌نویسی است، و مستندسازی این مجوز به وسیله درخواست از مدیکر و یا مدیکل در دسترس خواهد بود.

امضا شما:	تاریخ:
<b>اطلاعات مربوط به نماینده مجاز، در صورت وجود:</b>	

اگر شما نماینده مجاز هستید، باید اطلاعات زیر را ارائه دهید، تاریخ بزنید و امضا کنید:	
نام (لطفاً خوانا بنویسید):	
امضا:	
تاریخ:	
نشانی:	
شماره تلفن:	
رابطه با فرد برخوردار از مدیکر و مدیک اید:	

**For more information**, visit [www.caloptima.org](http://www.caloptima.org). **If you have questions**, call OneCare Connect at **1-855-705-8823**, 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call **1-800-735-2929**. This call is free. You can get this information for free in other languages and formats, like large print, braille, and audio.

## Office Use Only

Name of staff member (if assisted enrollment)	
Effective date of coverage:	Plan ID#:
SEPs: <input type="checkbox"/> ICEP/IEP <input type="checkbox"/> OEP <input type="checkbox"/> AEP <input type="checkbox"/> SEP (type) <input type="checkbox"/> Not Eligible	
Preferred language:	CMS approved (MM/DD/YY):
Health network:	
PCP name:	

OneCare Connect Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) is a health plan that contracts with both Medicare and Medi-Cal to provide benefits of both programs to enrollees. OneCare Connect complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. If you have questions, call OneCare Connect toll-free at **1-855-705-8823**, 24 hours a day, 7 days a week. TTY users can call toll-free at **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 بلغة أخرى غير الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل علي الرقم  
1-855-705-8823 (الهاتف النصي/خط الاتصال لضعاف السمع TTY: 1-800-735-2929).