

## خطة Medicare لسداد الوصفة الطبية نموذج طلب المشاركة

إن خطة Medicare لسداد الوصفات الطبية هي خيار دفع طوعي يعمل مع تغطية الأدوية الحالية الخاصة بك لمساعدتك في إدارة تكاليف أدوية الجزء D من Medicare من خلال توزيعها على مدار السنة التقويمية (من يناير إلى ديسمبر). قد يساعدك خيار الدفع هذا على إدارة نفقاتك، لكنه لا يوفر لك المال أو يقلل من تكاليف الأدوية.

قد لا يكون خيار الدفع هذا هو الخيار الأفضل بالنسبة لك إذا كنت تحصل على مساعدة في دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من خلال برامج مثل Extra Help (المساعدة الإضافية) من Medicare أو برنامج الولاية للمساعدة الصيدلانية (Pharmaceutical Assistance Program, SPAP). اتصل بخطتك لمزيد من المعلومات.

### أكمل كافة الحقول ما لم يتم تحديدها كاختيارية

اسم العائلة:	اسم العائلة:	الحرف الأولي من الاسم الأوسط (اختياري):	اسم الأول:
رقم Medicare : _____ - _____ - _____			
رقم الهاتف:	تاريخ الميلاد: (سنة/يوم/شهر)		
( )	( / / )		
عنوان شارع السكن الدائم (لا تدرج صندوق بريد P.O. إلا إذا كنت تعاني من التشرد):			
المدينة:	المقاطعة (اختياري):	الولاية:	الرمز البريدي:
العنوان البريدي ، إذا كان مختلفاً عن عنوانك الدائم (يسمح بصندوق بريد P.O.)	المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
العنوان:			
<b>اقرأ ووقع أدناه</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>أدرك أن هذا النموذج هو طلب للمشاركة في خطة Medicare لسداد الوصفات الطبية . سوف تتصل بي CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan ، إذا كانت بحاجة إلى مزيد من المعلومات.</li> <li>أدرك أن التوقيع على هذا النموذج يعني أنني قرأت وفهمت النموذج وورقة الحقائق المرفقة.</li> <li>سوف ترسل لي CalOptima Health OneCare Flex Plus إشعاراً إعلامي عندما تكون مشاركتي في خطة Medicare لسداد الوصفات الطبية نشطة. وحتى ذلك الحين، أدرك أنني لست مشاركاً في خطة Medicare لسداد الوصفات الطبية .</li> </ul>			
التوقيع:	التاريخ:		
إذا كنت تقوم بملء هذا النموذج لشخص آخر، فأكمل القسم أدناه. يشهد توقيعك أنك مرخص بموجب قانون الولاية لملء نموذج المشاركة هذا والحصول على وثائق هذه السلطة المتاحة إذا طلبت Medicare ذلك.			
الاسم:	العنوان (المدينة، الولاية، الرمز البريدي)		
رقم الهاتف: ( )	العلاقة بالمشارك:		

## كيفية تقديم هذا النموذج

قم بتقديم النموذج المكتمل الخاص بك إلى:

CalOptima Health OneCare Customer Service  
505 City Parkway West  
Orange, CA 92868

أو أرسل هذا النموذج بالفاكس إلى: 1-714-246-8711

يمكنك أيضًا إكمال نموذج طلب المشاركة عبر الإنترنت على [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare)، أو اتصل بنا على الرقم المجاني 1-877-412-2734 (TTY 711). لتقديم طلبك عبر الهاتف.

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة في إكمال هذا النموذج، فاتصل بنا على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan هي منظمة Medicare Advantage مع عقد Medi-Cal و Medicare. يعتمد التسجيل في CalOptima Health OneCare على تجديد العقد. تمتثل CalOptima Health لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو العمر أو الجنس. اتصل بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare مجانًا على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. قم بزيارتنا على [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare).