

نموذج طلب التسجيل الفردي لعام 2027 في خطة Medicare Advantage (الجزء C)

OMB No. 0938-1378

Expires: 02/28/2029



هل فكرت في التسجيل على go.wellcare.com/PA بدلاً من ذلك؟ إنها طريقة سريعة وآمنة وسهلة لتقديم طلبك

✓ تحقق من حالة طلبك هنا:

wellcare.com/applicationtracker

تذكيرات:

- إذا كنت ترغب في الانضمام إلى إحدى الخطط أثناء التسجيل المفتوح في فصل الخريف (15 تشرين الأول/أكتوبر - 7 كانون الأول/ديسمبر)، يجب أن تحصل الخطة على النموذج المكتمل الخاص بك بحلول 7 كانون الأول/ديسمبر.
- سترسل لك خطتك فاتورة بقسط الخطة. يمكنك اختيار الاشتراك من خلال خصم مدفوعات أقساطك من حسابك المصرفي أو من مزايا الضمان الاجتماعي (أو مجلس تقاعد السكك الحديدية) التي تتلقاها شهرياً.

ماذا سيحدث بعد ذلك؟

أرسل نموذجك المكتمل والموقع إلى:

Wellcare With PA Health & Wellness
PO Box 10420
Van Nuys, CA
91410-0420

بمجرد معالجة طلبك للانضمام، سيتصلون بك.

كيف أحصل على مساعدة بخصوص هذا النموذج؟

اتصل بـ Wellcare With PA Health & Wellness على الرقم 1-844-480-0680. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE على Medicare أو اتصل بـ Medicare على (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة يومياً، 7 أيام في الأسبوع. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

من يمكنه استخدام هذا النموذج؟

الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare ويرغبون في الانضمام إلى خطة Medicare Advantage

للانضمام إلى خطة، يُشترط:

- أن تكون مواطناً أمريكياً أو مقيماً بصفة قانونية في الولايات المتحدة،
- وأن تقيم في منطقة الخدمة الخاصة بالخطة.
- هام: للانضمام إلى خطة Medicare Advantage، يجب أن يتوفر لديك أيضاً كل مما يلي:
- Medicare Part A (تأمين المستشفيات)
- Medicare Part B (التأمين الطبي)

متى أستخدم هذا النموذج؟

يمكنك الانضمام إلى إحدى الخطط:

- في الفترة ما بين 15 أكتوبر و7 ديسمبر من كل عام (للتغطية التي تبدأ في 1 يناير)
- في غضون 3 أشهر من الحصول على برنامج (Medicare) لأول مرة
- في حالات معينة يُسمح لك فيها بالانضمام إلى خطة أو تغييرها يرجى زيارة [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) لمعرفة المزيد بخصوص الوقت الذي يمكنك فيه الاشتراك في إحدى الخطط.

ما الذي أحجته لإكمال هذا النموذج؟

- رقم برنامج Medicare الخاص بك (الرقم الموجود على بطاقة Medicare الحمراء والبيضاء والزرقاء الخاصة بك)
- عنوانك الدائم ورقم هاتفك

ملاحظة: يتعين عليك إكمال جميع البنود في القسم 1. العناصر الواردة في القسم 2 اختيارية - لا يمكن رفض تغطيتك لأنك لم تملأها.

الأفراد الذين يعانون من التشرد

- إذا كنت ترغب في الانضمام إلى إحدى الخطط ولكن ليس لديك إقامة دائمة، فيمكن اعتبار صندوق مكتب البريد أو عنوان الملجأ أو العيادة أو العنوان الذي تتلقى عليه البريد (على سبيل المثال، شيكات الضمان الاجتماعي)، عنوان إقامتك الدائم.



هام

لا ترسل هذا النموذج أو أي مستندات تحتوي على معلوماتك الشخصية (مثل المطالبات، أو المدفوعات، أو السجلات الطبية، وما إلى ذلك). إلى مكتب مراجعة واعتماد التقارير بموجب قانون الحد من الأعمال الورقية (PRA) سننخلص من أي أغراض نحصل عليها لا تتعلق بكيفية تحسين هذا النموذج أو عبء تجميعه (كما هو موضح في OMB 0938-1378). ولن يتم الاحتفاظ بها أو مراجعتها أو إرسالها إلى الخطة. راجع "ماذا يحدث بعد ذلك؟" في هذه الصفحة لإرسال النموذج المكتمل إلى الخطة.

وفقًا لقانون الحد من الأعمال الورقية لسنة 1995، لا يُطلب من أي شخص أن يستجيب لمجموعة المعلومات ما لم تحمل رقم تحكم صالح من مكتب الإدارة والميزانية (OMB). رقم تحكم OMB الصالح لهذه المعلومات هو 0938-1378 ويُقدَّر الوقت اللازم لإكمال هذه المعلومات بمتوسط 20 دقيقة لكل إجابة، بما في ذلك الوقت اللازم لمراجعة التعليمات والبحث في موارد البيانات الحالية وجمع البيانات المطلوبة وإكمال جمع المعلومات ومراجعتها. إذا كانت لديك أي تعليقات تتعلق بدقة تقديرات الوقت، أو اقتراحات لتحسين هذا النموذج، فيرجى الكتابة إلى CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

بيان قانون الخصوصية

تقوم مراكز خدمات Medicare & Medicaid (CMS) بجمع معلومات من خطط Medicare لتتبع تسجيل المستفيدين في خطط Medicare Advantage (MA) وتحسين الرعاية ودفع تكاليف مزايا برنامج Medicare. ويُتيح القسمين 1851 و 1860D-1 من قانون الضمان الاجتماعي و 42 CFR §§ 422.50 و 422.60 جمع هذه المعلومات. ويحق لمراكز خدمات Medicare & Medicaid (CMS) استخدام بيانات التسجيل المُجمعة من المستفيدين من برنامج Medicare والإفصاح عنها وتبادلها على النحو المحدد في إشعار نظام السجلات (SORN) "الأدوية الموصوفة من Medicare Advantage (MARx)"، النظام رقم 09-70-0588. إجابتك على هذا النموذج طوعية. ومع ذلك، قد تؤثر عدم إجابتك على عملية التسجيل في الخطة.

(القسم 1 – جميع الحقول في هذه الصفحة مطلوبة (ما لم تكن محددة كاختيارية

حدد الخطة التي تريد الانضمام إليها:

Wellcare PA Health & Wellness Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP)¹ - تتضمن تغطية للأدوية الموصوفة طبياً
شهرياً \$0 H2915-002-000 ☐

Wellcare PA Health & Wellness Dual Select (HMO-POS D-SNP)¹ - تتضمن تغطية للأدوية الموصوفة طبياً
شهرياً \$0 H2915-018-000 ☐



¹ يجب أن تستوفي معايير التسجيل الخاصة للتسجيل في هذه الخطة.

القسم 1 - جميع الحقول في هذا القسم مطلوبة (ما لم يتم تمييزها بأنها اختيارية)

اختياري: الحرف الأول من الاسم الأوسط	اسم العائلة	الاسم الأول
نوع الهاتف	رقم الهاتف	الجنس
☐ هاتف المنزل ☐ هاتف محمول	_____ - _____ (____) _____	☐ ذكر ☐ أنثى
نوع الهاتف	اختياري: رقم هاتف إضافي	_____ / _____ / _____ M M / D D / Y Y Y Y
☐ الهاتف المنزلي ☐ الهاتف المحمول	_____ - _____ (____) _____	

اختياري: - عنوان البريد الإلكتروني:

اختياري: هل يمكنك استخدام الإنترنت أو البريد الإلكتروني أو الرسائل النصية بنفسك بسهولة؟

☐ نعم ☐ لا

اختياري: طريقة التواصل المفضلة: ☐ مكالمات هاتفية ☐ رسالة نصية ☐ البريد الإلكتروني

*يرجى العلم بأنه قد يتم إرسال المراسلات عبر وسائل أخرى غير "طريقة الاتصال المفضلة" التي اخترتها.

نريدك أن تستمتع بعضويتك وأن تفهم خطتك. يُرجى تقديم رقم (أرقام) هاتفك وعنوان بريدك الإلكتروني حتى نتمكن من إطلاعك على حالة طلبك. بصفتك عضواً، سنشارك معك معلومات مفيدة مثل ما يمكنك توقعه، وكيفية الحفاظ على صحتك، والاستفادة من المزايا الإضافية، والبحث عن طبيب، وبوابة الأعضاء الخاصة بنا، وغيرها من الأشياء المهمة. إذا لم تكن مهتماً، فيمكنك إلغاء الاشتراك في بعض الرسائل النصية ورسائل البريد الإلكتروني.

نريد منك أن تحب خطة Wellcare الخاصة بك. إذا كانت لدينا خطط أخرى قد تكون أفضل بالنسبة لك مع تغير احتياجاتك، فسنخبرك بذلك. سنتحدث فقط عن الخطط التي نقدمها.

(لا تُدخل صندوق البريد. ملاحظة: بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من التشرد، يمكن اعتبار صندوق البريد (P.O. Box) عنواناً لمحل

إقامتهم الدائم). ☐ أعاني من التشرد

عنوان الشارع لمحل الإقامة الدائم

المدينة	اختياري: المقاطعة	الولاية	الرمز البريدي

العنوان البريدي , إذا كنت ترغب في إرسال بريدك إلى عنوان مختلف أو إلى ممثل مفوض، يرجى تقديم تلك المعلومات هنا.
(يُسمح بصندوق بريد)

عنوان الشارع

المدينة	الولاية	الرمز البريدي



أجب عن هذه الأسئلة المهمة:

1. هل سيكون لديك تغطية أخرى للأدوية الموصوفة (مثل VA و TRICARE) إضافةً إلى Wellcare؟

نعم ☐ لا ☐

اسم التغطية الأخرى

رقم المجموعة لهذه التغطية

رقم العضو لهذه التغطية

2. عند التسجيل في خطة D-SNP، يرجى تقديم:

رقم برنامج Medicaid الخاص بالولاية: _____

يُرجى إدراج رقم Medicaid لخطة D-SNP. قد يؤدي عدم ذكر أرقام Medicaid إلى تأخير معالجة الطلب وربما رفض الطلب.

هام: يُرجى قراءة ما يلي والتوقيع أدناه:

• يجب أن أحتفظ بكل من تأمين المستشفى (الجزء A) والتأمين الطبي (الجزء B) للبقاء في Wellcare.

• بالانضمام إلى خطة Medicare Advantage هذه، أقر بأن Wellcare ستشارك معلوماتي مع Medicare، والتي قد تستخدمها لتتبع تسجيلي، وإجراء المدفوعات، ولأغراض أخرى يسمح بها القانون الفيدرالي الذي يُصرّح بجمع هذه المعلومات (راجع بيان قانون الخصوصية أدناه). إجابتك على هذا النموذج طوعية. ومع ذلك، قد تؤثر عدم إجابتك على عملية التسجيل في الخطة.

• أفهم أنه يمكن تسجيلي في خطة MA أو الجزء D واحدة فقط في كل مرة - وأن التسجيل في هذه الخطة سينهي تسجيلي تلقائياً في خطة MA أو الجزء D أخرى (تتطبق الاستثناءات على خطط MA PFFS و MA MSA).

• أفهم أنه عندما تبدأ تغطية Wellcare الخاصة بي، يجب أن أحصل على جميع المزايا الطبية والأدوية الموصوفة الخاصة بي من Wellcare. وسيتم تغطية المزايا والخدمات التي تقدمها Wellcare والواردة في مستند "دليل التغطية" الخاص بي من Wellcare (المعروف أيضاً باسم عقد العضو أو اتفاقية المشترك). ولن تدفع Medicare ولا Wellcare أي تكاليف مقابل المزايا أو الخدمات غير المشمولة بالتغطية.

• إن المعلومات الواردة في نموذج التسجيل هذا صحيحة حسب علمي. أفهم أنه إذا قدمت عمداً معلومات غير صحيحة في هذا النموذج، فسيتم إلغاء تسجيلي في الخطة.

• أفهم أن توقيعني (أو توقيع الشخص المخول قانوناً بالتصرف نيابة عني) على هذا الطلب يعني أنني قد قرأت محتويات هذا الطلب وفهمتها. وفي حالة التوقيع عليه من قبل الممثل المخول (كما هو موضح أعلاه)، فإن هذا التوقيع يشهد على ما يلي:

(1) هذا الشخص مخول بموجب قانون الولاية لإكمال هذا التسجيل،

(2) ويتوفر توثيق هذه الصلاحية عندما تطلب Medicare ذلك.



بالتوقيع على هذه الوثيقة، أقر أنه، على حد علمي، جميع المعلومات التي قدمتها صحيحة وكاملة ودقيقة. أفهم أنه إذا تقرر أن هذه المعلومات غير صحيحة، فقد يتم إلغاء تسجيلي.

تاريخ اليوم

____/____/____
M M / D D / Y Y Y Y

التوقيع

إذا كنت الممثل المعتمد، فقم بالتوقيع أعلاه وتعبئة الحقول أدناه:

الاسم

العنوان

صلة القرابة بالمسجل

رقم الهاتف

(____) ____ - ____



القسم 2 - جميع الحقول في هذا القسم اختيارية

الإجابة على هذه الأسئلة هي اختيارك. لا يمكن استبعادك لأنك اخترت ألا تجيب عليها.
يرجى تحديد أحد المربعات الواردة أدناه إذا كنت تفضل أن نُرسل إليك المعلومات بلغة أخرى غير الإنجليزية.
☐ الإسبانية ☐ العربية ☐ البنغالية ☐ الصينية ☐ الكريولية الفرنسية ☐ الفرنسية ☐ الروسية
☐ السواحيلية ☐ التاميلية ☐ الفيتنامية

يرجى تحديد أحد المربعات الواردة أدناه إذا كنت تفضل أن نُرسل إليك المعلومات بتنسيق يسهل الاطلاع عليه.
☐ برايل ☐ طباعة كبيرة ☐ قرص صوتي (CD) ☐ قرص بيانات (CD)

يرجى الاتصال بـ Wellcare على الرقم 1-844-480-0680 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) إذا كنت بحاجة إلى معلومات بتنسيق يلبي احتياجات خاصة بخلاف ما هو مذكور أعلاه. تكون ساعات عمل مكتبنا في الفترة ما بين 1 أكتوبر و15 ديسمبر متاحة من الأحد إلى السبت، من الساعة 8 صباحاً وحتى 8 مساءً. أما في الفترة ما بين 16 ديسمبر و30 سبتمبر، فيكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى السبت، من الساعة 8 صباحاً وحتى 8 مساءً.

1. هل تعمل؟ ☐ نعم ☐ لا
2. هل يعمل زوجك/زوجتك؟ ☐ نعم ☐ لا
3. هل أنت مقيم في مرفق رعاية طويلة الأجل، على سبيل المثال، دار رعاية ترميضية؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كان إجابتك هي "نعم"، يرجى تقديم المعلومات التالية:

اسم المنشأة:

عنوان المنشأة (الرقم والشارع):

المدينة الولاية الرمز البريدي رقم الهاتف
(____) ____ - ____

اذكر طبيب الرعاية الأولية (PCP) أو العيادة أو المركز الصحي داخل الشبكة:
يمكنك العثور على مقدم خدمة على wellcarefindaprovider.com

معلومات مقدم الخدمة لخطط HMO:

رقم NPI الخاص بمقدم الرعاية الأولية (PCP):

معرف مجموعة ممارسة الأطباء (PPG ID):

هل أنت مريض حالي؟ ☐ نعم ☐ لا

☐ لا أرغب في اختيار طبيب الرعاية الأولية (PCP) بنفسه، بل أود أن تقوم Wellcare باختياره لي. أفهم أنه يحق لي تغيير الـ PCP الخاص بي في أي وقت عن طريق الاتصال برقم خدمة الأعضاء الموجود على بطاقة تعريف العضو (ID) التابعة لـ Wellcare الخاصة بي.

في حال عدم اختيار طبيب رعاية أولية PCP معتمد ضمن الشبكة أو عدم تحديد خيار التعيين التلقائي لطبيب الرعاية الأولية، سيتم تعيين طبيب رعاية أولية ضمن الشبكة للمستفيد. يمكن تغيير تعيين الـ PCP في أي وقت عن طريق الاتصال برقم خدمة العضو (ID) الموجود على بطاقة تعريف العضو.



يمكنك دفع قسط خطتك الشهرية (بما في ذلك أي غرامة تسجيل متأخر لديك حاليًا أو قد تكون مدينًا بها) عن طريق البريد، أو "تحويل الأموال إلكترونيًا (EFT)"، أو "بطاقة الائتمان" كل شهر. يمكنك أيضاً اختيار سداد قيمة القسط عن طريق خصمه تلقائياً كل شهر من مخصصات الضمان الاجتماعي أو مخصصات مجلس تقاعد العاملين في السكك الحديدية (RRB) الخاصة بك.

إذا كان يتعين عليك دفع المبلغ الشهري للتعديل المرتبط بالدخل (Part D-IRMAA) فيجب عليك دفع هذا المبلغ الإضافي بالإضافة إلى قسط خطتك. يُخصم المبلغ عادةً من مزايا الضمان الاجتماعي الخاصة بك أو يمكنك الحصول على فاتورة من Medicare (أو RRB). لا تدفع رسوم Part D-IRMAA لبرنامج Wellcare.

قد يتأهل الأشخاص ذوو الدخل المحدود للحصول على مساعدة إضافية لدفع تكاليف الأدوية الموصوفة لهم. وحتى إذا كنت تحصل على المساعدة الإضافية (Extra Help) الآن، فقد تحتاج إلى إعادة تقديم طلب لإعادة الاعتماد. يتأهل الكثير من الأشخاص للحصول على هذه المدخرات ولا يعرفون ذلك. للحصول على مزيد من المعلومات بخصوص المساعدة الإضافية هذه، اتصل بمكتب الضمان الاجتماعي المحلي أو اتصل بالضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213. ينبغي على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-325-0778. يمكنك أيضاً التقدم بطلب للحصول على "المساعدة الإضافية" عبر الإنترنت على الموقع <https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help>.

إذا لم تحدد خياراً للدفع، سنتلقى فاتورة كل شهر.

يرجى تحديد خيار دفع القسط:

☐ الحصول على فاتورة

☐ خصم تلقائي من شيك مزايا الضمان الاجتماعي أو مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB) الشهري الخاص بك. أتلقي مزايا شهرية من:

☐ الضمان الاجتماعي أو ☐ مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB)

(قد يستغرق خصم الضمان الاجتماعي / مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB) شهرين أو أكثر للبدء بعد موافقة الضمان الاجتماعي أو مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB) على الخصم. وفي معظم الحالات، إذا قبل الضمان الاجتماعي أو RRB طلبك للخصم التلقائي، فإن الخصم الأول من شيك مزايا الضمان الاجتماعي أو RRB الخاص بك سيتضمن جميع الأقساط المستحقة من تاريخ تسجيلك الفعلي حتى بداية نقطة الاستقطاع. أما إذا لم يوافق الضمان الاجتماعي أو RRB على طلبك للخصم التلقائي، فسنرسل إليك فاتورة بأقساطك الشهرية.)

للأفراد الذين يساعدون المُسجلين في إكمال هذا النموذج فقط

أكمل هذا القسم إذا كنت فرداً (أي الوكلاء أو الوسطاء أو مستشاري SHIP أو أفراد الأسرة أو أطراف ثالثة أخرى) تساعد المُسجل في ملء هذا النموذج.

الإسم: _____ العلاقة بالمستترك: _____

التوقيع: _____ الرقم الوطني للمنتج (للكلاء/الوسطاء فقط): _____



للاستخدام المكتبي فقط:

من خلال التوقيع على هذه الوثيقة وتقديمها، أقر بأن المعلومات المقدمة فيها صحيحة وكاملة ودقيقة على حد علمي واعتقادي. أفهم أن أي تحريف أو إغفال للمعلومات قد يكون سبباً لاتخاذ إجراء تأديبي، قد يصل إلى إنهاء تعييني واتفاقية المنتج الخاصة بي.

اسم الموظف/الوكيل/الوسيط (إذا ساعد في التسجيل):
رقم تعريف الخطة (ID): تاريخ سريان التغطية: ____ / ____ / ____ (MM/DD/YYYY)

ممثّل مبيعات Wellcare / وكيل مُعتمد

(ممثّل المبيعات/الوكيل الفردي الذي أكمل طلب التسجيل)

نوع الوكيل (اختر واحداً): ☐ وكيل مُعتمد ☐ موظف لدى Wellcare

أكمل القسم أدناه:

اسم مندوب المبيعات/الوكيل: رقم NPN لمندوب المبيعات/الوكيل:

الوكالة/انتساب FMO (إن وجد):

يجب أن تتطابق هذه المعلومات مع سجلات ترخيص Wellcare المعتمدة بشأنك.

رقم هاتف الوكيل: _____ - _____ (____)

بريد إلكتروني:

رقم هاتف الوكالة/منظمة التسويق الميداني (FMO) (إن وُجد): _____ - _____ (____)

تاريخ استلام طلب ممثّل المبيعات/الوكيل المعتمد: ____ / ____ / ____
(MM/DD/YYYY)

(يجب أن تتلقى Wellcare الطلبات خلال يوم تقويمي واحد (1) من هذا التاريخ.)

موقع استلام الطلب: ☐ موعد ☐ فعالية مبيعات ☐ دخول مباشر (بدون موعد مسبق)

☐ أخرى (يرجى التحديد):

تقديم طلبات الوسيط: يجب على مندوب المبيعات/الوكيل إرسال "نطاق الموعد" ونماذج التسجيل عبر الفاكس إلى الرقم 1-844-222-3180.



التصديق على الأهلية لفترة التسجيل

عادةً، لا يمكنك التسجيل في إحدى خطط Medicare Advantage سوى خلال فترة التسجيل السنوية من 15 تشرين الأول/أكتوبر حتى 7 كانون الأول/ديسمبر من كل عام. ولكن توجد استثناءات قد تسمح لك بالتسجيل في إحدى خطط Medicare Advantage خارج هذه الفترة. إذا كانت هذه هي المرة الأولى التي تستخدم فيها مزايا Medicare، وكان قد مر أكثر من 90 يومًا على بلوغك سن 65 عامًا، فـ “أنا جديد في Medicare.” لا تنطبق فترة التسجيل الخاصة (SEP)، لذا يُرجى تحديد فترة SEP المناسبة أدناه. يرجى قراءة العبارات التالية بعناية وتحديد المربع إذا كانت العبارة تنطبق عليك. من خلال تحديد أي من المربعات التالية، فإنك تقر بأنك، على حد علمك، مؤهل لفترة التسجيل. وإذا قررنا لاحقاً أن هذه المعلومات غير صحيحة، فقد يتم إلغاء تسجيلك.

يُرجى قراءة جميع العبارات أدناه قبل الاختيار. اكتب التواريخ بصيغة MM/DD/YYYY.

☐ أنا جديد في برنامج Medicare.

*يُرجى التحديد فقط إذا 1. حصلت على الاستحقاق مؤخرًا؛ 2. ستكمل عامك الـ 65 في غضون 90 يومًا أو أنك بلغت 65 عامًا مؤخرًا خلال الـ 90 يومًا الماضية؛ 3. متلقٍ جديد للمزايا؛ أو 4. مؤهل حديثًا ولكنك في السابق كنت تتلقى برنامج Medicare على أساس الإعاقة. *إذا كانت تغطية مُشغلك قد انتهت مؤخرًا، وكانت هذه هي المرة الأولى التي تستخدم فيها Medicare، فيُرجى تحديد SEP “تركتُ التغطية التي كانت مقدمة من صاحب العمل أو النقابة” أدناه.

☐ فترة التسجيل السنوية (AEP) من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر سنويًا.

☐ أمتلك بالفعل الجزء A (تأمين المستشفيات)، وقد اشتركت مؤخرًا ولأول مرة في الجزء B (التأمين الطبي). وأرغب في الانضمام إلى خطة Medicare Advantage.

☐ تم إخطاري بالحصول على Medicare بعد بدء تغطية الجزء A و/أو الجزء B.

تم إخطاري في (أدخل التاريخ) ____/____/____

☐ كنت مشمولاً ببرنامج Medicare سابقاً، ولكنني أبلغ الآن 65 من العمر.

☐ أنا مسجل في خطة Medicare Advantage وأريد إجراء تغيير خلال فترة التسجيل المفتوح في (MA OEP) Medicare Advantage.

☐ انتقلت إلى عنوان جديد خارج منطقة الخدمة التي تغطيها خطتي الحالية، أو انتقلت مؤخرًا وهذه الخطة خيار جديد بالنسبة لي. انتقلت بتاريخ (أدخل التاريخ). ____/____/____

☐ عدت إلى الولايات المتحدة بعد العيش خارج البلاد في (أدخل التاريخ). ____/____/____

☐ تم إطلاق سراحي من السجن. لقد أطلق سراحي بتاريخ (أدخل التاريخ). ____/____/____

☐ حصلتُ مؤخرًا على وضع الإقامة القانونية في الولايات المتحدة، وقد حصلتُ على هذا الوضع في (أدخل التاريخ). ____/____/____

☐ أعيش في منشأة للرعاية طويلة الأمد، مثل دار لرعاية المسنين أو مستشفى لإعادة التأهيل. *ملاحظة: يجب تعبئة بيانات منشأة الرعاية طويلة الأجل في النموذج.

☐ انتقلت مؤخرًا من مرفق رعاية طويلة الأجل، مثل دار ترميز أو مستشفى لإعادة التأهيل. *ملاحظة: يجب تعبئة بيانات منشأة الرعاية طويلة الأجل في النموذج.

غادرت المرفق في (أدخل التاريخ) ____/____/____



- ☐ تركت تغطية مُشغلي أو النقابة (بما في ذلك تغطية COBRA) في (أدخل التاريخ) ____/____/____
- ☐ فقدت تغطية أدوية أخرى غير مقدمة من Medicare لكنها بنفس جودة تغطية الأدوية التي يوفرها Medicare (تغطية موثوقة)، أو تغيرت تغطيتي الأخرى غير المقدمة من Medicare ولم تعد تعتبر موثوقة. فقدت تغطيتي في (أدخل التاريخ) ____/____/____
- ☐ خطتي الحالية غير قابلة للتجديد للسنة التعاقدية القادمة
*ملاحظة: فترة التسجيل الخاصة هذه (SEP) سارية فقط من 8 ديسمبر وحتى اليوم الأخير من شهر فبراير.
- ☐ فقدت تغطيتي لأن Medicare أنهت عقدها مع خطتي. تلقت رسالة من Medicare تفيد بأنه يمكنني الانضمام إلى خطة أخرى. انتهت تغطيتي في (أدخل التاريخ) ____/____/____
- ☐ أنهيت تغطيتي في خطة PACE (برامج الرعاية الشاملة للمسنين). تركت البرنامج في (أدخل التاريخ) ____/____/____
- ☐ لقد فقدت خطة احتياجاتي الخاصة لأنني فقدت وضع الاحتياجات الخاصة اللازم للخطة. سيتم، أو تم بالفعل، إلغاء تسجيلي في SNP بتاريخ (أدخل التاريخ) ____/____/____
- ☐ أُرغب في الانضمام إلى خطة احتياجات خاصة يمكنها تخصيص مزاياها حسب حالتي المزمنة.
- ☐ تم اعتباري أنني غير مؤهل لخطة CSNP وأريد التسجيل في خطة أخرى. تم إخطاري في (أدخل التاريخ) ____/____/____
- ☐ لقد أجريت مؤخراً تغييراً في خطة Medicaid الخاصة بي (حصلت مؤخراً على خطة Medicaid، أو أجريت تغييراً في مستوى مساعدة خطة Medicaid، أو فقدت خطة Medicaid) بتاريخ (أدخل التاريخ). ____/____/____
- ☐ حدث مؤخراً تغيير في وضع "المساعدة الإضافية" لدي والتي كنت أحصل عليها لدفع تكاليف الأدوية (حصلت على المساعدة الإضافية حديثاً، أو حدث تغيير في مستوى المساعدة الإضافية لدي، أو فقدت المساعدة الإضافية) في (أدخل التاريخ) ____/____/____
- ☐ تم تسجيلي في خطة من قبل Medicare (أو ولايتي) وأريد اختيار خطة مختلفة. لقد بدأ تسجيلي في تلك الخطة بتاريخ (أدخل التاريخ). ____/____/____
- ☐ أنا مُسجل في برنامج مساعدة دوائية من الولاية. تتمتع الولايات التالية ببرنامج مؤهل للمساعدة في دفع أقساط الأدوية الموصوفة (SPAP):
Delaware و Indiana و Maine و Maryland و Massachusetts و Missouri و New Jersey و New Mexico و Pennsylvania و Rhode Island و Texas و Vermont و Wisconsin.
- ☐ أنا بصدد فقدان المساعدة التي أتلقيها من برنامج مساعدة دوائية من الولاية
فقدت المساعدة في (أدخل التاريخ) ____/____/____
- ☐ أنا، أو الشخص الذي أعتمد عليه للمساعدة في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية، تأثرت بحالة طوارئ أو كارثة كبرى (بحسب إعلان الوكالة الفيدرالية لإدارة الطوارئ أو إعلان الحكومة الفيدرالية أو حكومة الولاية أو الحكومة المحلية). ينطبق عليّ أحد العبارات الأخرى الواردة في هذه الصفحة، لكنني لم أتمكن من تقديم طلبي بسبب الكارثة.
لقد فاتني موعد فترة التسجيل الخاصة بـ: _____



☐ أنا بصدد التسجيل في خطة Medicare فئة 5 نجوم.

☐ أنا مشترك في خطة حصلت على تصنيف أقل من 3 نجوم على مدار السنوات الثلاث الماضية. أريد الانضمام إلى خطة ذات تصنيف 3 نجوم أو أعلى.

☐ أنا مشترك في خطة تولت الولاية إدارتها مؤخراً بسبب مشكلات مالية (وضعها تحت الحراسة القضائية). أريد التبديل إلى خطة أخرى.

☐ طلبت المواد في تنسيق يلبي احتياجاتي الخاصة ولم أستلمها في الوقت المناسب. أريد التسجيل الآن بعد أن أصبح لدي الوقت لاتخاذ قرارات التسجيل.

كان التنسيق الميسر الذي طلبته سابقاً هو: _____

*ملاحظة: تشمل التنسيقات الميسرة - على سبيل المثال لا الحصر - طريقة برايل، والأقراص المدمجة (CD) التي تحتوي على بيانات، والطباعة بأحرف كبيرة.

☐ أدفع قسطاً مقابل الجزء A، وقد اشتركت في "الجزء B خلال فترة التسجيل العام (من 1 يناير إلى 31 مارس من كل عام).

أريد الانضمام إلى خطة أدوية Medicare (الجزء D) أو خطة Medicare Advantage توفر تغطية للأدوية.

*إذا كنت تدفع قسطاً مقابل الجزء A وقمت بالتسجيل في الجزء B خلال فترة التسجيل العام،

فستكون لديك مهلة شهرين (2) بعد التسجيل في الجزء B للانضمام إلى إحدى الخطط.

لقد قمت بالتسجيل في (أدخل التاريخ). _____ / _____ / _____

☐ قمت بالتسجيل في الجزء A (التأمين ضد دخول المستشفى) أو الجزء B (التأمين الطبي)

خلال فترة تسجيل خاصة كنت مؤهلاً لها بسبب ظرف استثنائي. لقد قمت بالتسجيل في (أدخل التاريخ). _____ / _____ / _____

☐ لدي تأمين الرعاية الطبية (Medicare) وأحصل على كامل مزايا برنامج Medicaid. أريد التسجيل في خطة الاحتياجات الخاصة

للأفراد المؤهلين المزدوجين والمدمجة بالكامل (FIDE SNP)، أو خطة الاحتياجات الخاصة للأفراد المؤهلين المزدوجين والمدمجة بدرجة

عالية (HIDE SNP)، أو خطة متكاملة منطبقة (AIP).

☐ لدي تغطية أدوية Medicare (الجزء D) عبر خطة Medicare Advantage. أريد الانضمام إلى خطة صحية مختلفة من

Medicare لا تقدم تغطية للأدوية، حتى يمكنني التبديل إلى تغطية أدوية موثوقة غير تابعة لبرنامج Medicare. *ملاحظة: MA فقط

إذا لم تنطبق أي من هذه العبارات عليك أو لم تكن متأكداً، فيرجى الاتصال بـ Wellcare على الرقم 1-844-480-0680 (على مستخدم

TTY الاتصال بالرقم 711) لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً للتسجيل أم لا. نحن متاحون من 1 أكتوبر إلى 15 ديسمبر، حيث يتوفر ممثلونا من الأحد

إلى السبت، من الساعة 8 صباحاً حتى الساعة 8 مساءً. ومن 16 ديسمبر إلى 30 سبتمبر، يتوفر ممثلونا من الاثنين إلى السبت، من الساعة

8 صباحاً حتى الساعة 8 مساءً.

يجب عليك الاستمرار في دفع قسط Medicare Part B. ومع ذلك، بالنسبة للمستفيدين المزدوجين بالكامل، ستغطي الولاية قسط الجزء B

الخاص بك طالما أنك تحافظ على أهليتك لبرنامج Medicaid.



