

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

OMB No. 0938-1378
Expires: 12/31/2026



هل فكرت في التسجيل على go.wellcare.com/WI
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 أقساطك من حسابك المصرفي أو من مزايا الضمان الاجتماعي الشهرية (أو مجلس تقاعد السكك الحديدية).

ماذا سيحدث بعد ذلك؟

أرسل نموذجك المكتمل والموقع إلى:

Wellcare With MHS Health Wisconsin
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 MHS Health Wisconsin على الرقم
1-844-480-0680. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 711.

أو اتصل بـ Medicare على 1-800-MEDICARE

(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 الذين لديهم 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 أحتاجه 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 العناصر 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) سنتخلص 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؟" لإرسال النموذج المكتمل إلى الخطة، استخدم العنوان الموجود في مقدمة هذه الصفحة.

وفقاً 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. ويُنتج القسمين 1851 و 1860D-1 من قانون الضمان الاجتماعي و 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 MHS Health Wisconsin Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP)¹ – تشمل تغطية أدوية الوصفات الطبية
\$0 شهريًا **H8189-001-000** ☐

Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Select (HMO-POS D-SNP)¹ – تشمل تغطية أدوية الوصفات الطبية
\$0 شهريًا **H8189-007-000** ☐

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



القسم 1 - جميع الحقول في هذا القسم مطلوبة (ما لم تكن محددة كاختيارية)

اختياري: الاسم الأول اسم العائلة الحرف الأول من الاسم الأوسط

تاريخ الميلاد: الجنس رقم الهاتف نوع الهاتف

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

اختياري: عنوان البريد الإلكتروني:

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

☐☐

اختياري: طريقة الاتصال المفضلة: ☐ مكالمة هاتفية ☐ رسالة نصية ☐ البريد الإلكتروني

*يرجى ملاحظة إمكانية إرسال رسائل التواصل بطريقة تختلف عن "طريقة الاتصال المفضلة".

نريدك أن تستمتع بعضويتك وأن تفهم خطتك. يُرجى تقديم رقم (أرقام) هاتفك وعنوان بريدك الإلكتروني حتى نتمكن من إخبارك بحالة 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.

☐

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



رقم Medicare: _____ يحق له الحصول على: تاريخ السريان (MM/DD/YYYY):
_____ المستشفيات (الجزء A) _____ / _____ / _____
_____ الطبي (الجزء B) _____ / _____ / _____

أجب عن هذه الأسئلة المهمة:

1. هل سيكون لديك تغطية أخرى للأدوية الموصوفة طبيًا (مثل VA أو TRICARE) بالإضافة إلى Wellcare؟

☐ نعم ☐ لا

اسم التغطية الأخرى _____

رقم المجموعة لهذه التغطية

رقم العضو لهذه التغطية

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

رقم برنامج Medicaid الخاص بالولاية: _____

يُرجى تضمين 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 المستشفيات (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 تلقائيًا 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 أيضًا 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. وأفهم أنه إذا قدمت معلومات خاطئة عن قصد في هذا النموذج، فسيتم إلغاء تسجيلي من 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 هذا المستند، 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

____/____/____
MM/DD/YYYY

التوقيع

إذا كنت الممثل المفوض، فوقّع أعلاه واملأ الحقول أدناه:

الاسم

العنوان

العلاقة بالمُسجِّل

رقم الهاتف

(____) ____ - ____



القسم 2 - جميع الحقول في هذا القسم اختيارية

الإجابة على هذه الأسئلة هي اختياريك. لا يمكن استبعادك لأنك اخترت ألا تجيب عليها.

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)

يُرجى 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. ساعات العمل: من 1 أكتوبر إلى 15 ديسمبر، يتوفر ممثلو الخدمة من الأحد إلى السبت، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً. ومن 16 ديسمبر إلى 30 سبتمبر، يتوفر ممثلو الخدمة من الاثنين إلى السبت، من الساعة 8 صباحاً حتى 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 كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم المعلومات التالية:

اسم المرفق:

عنوان المرفق (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:

PCP NPI: PPG ID:

مريض حالي؟ ☐ نعم ☐ لا

☐ لا أريد اختيار PCP، أود أن تختار Wellcare لي PCP. أفهم أنه يحق لي تغيير PCP الخاص بي في أي وقت عن طريق الاتصال برقم خدمة الأعضاء الموجود على بطاقة تعريف العضو (ID) التابعة لـ Wellcare الخاصة بي.

إذا لم يتم اختيار PCP صالح داخل الشبكة أو لم يتم تحديد مربع الاختيار للتعيين التلقائي له، فسيتم تعيينه للمستفيد من داخل الشبكة. يمكن تغيير تعيين PCP في أي وقت عن طريق الاتصال برقم خدمة العضو الموجود على بطاقة تعريف (ID) العضو.



دفع أقساط خطتك

يمكنك دفع القسط الشهري للخطّة (بما في ذلك أي غرامة تسجيل متأخر قد تكون مستحقاً لها حالياً أو قد تستحقها) عن طريق البريد، أو التحويل الإلكتروني للأموال (EFT)، أو بطاقة الائتمان كل شهر. يمكنك أيضاً اختيار سداد قيمة القسط عن طريق خصمه تلقائياً كل شهر من مزايا الضمان الاجتماعي الشهرية أو مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB) الخاصة بك.

وفي حالة فرض مبلغ التسوية الشهري المتعلق بالدخل من الجزء D (Part D-IRMAA) عليك، فيتعين 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 لـ Wellcare مبلغ Part D-IRMAA.

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 ☐ RRB

(قد يستغرق خصم الضمان الاجتماعي/RRB شهرين أو أكثر للبدء بعد موافقة الضمان الاجتماعي أو 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، فسنترسل 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.

الاسم: _____ العلاقة بالمُسجل: _____

التوقيع: _____ رقم المُنتج الوطني (الوكلاء/السماسرة فقط): _____



للاستخدام المكتبي فقط:

من خلال التوقيع على هذا المستند وتقديمه، أقر بأن المعلومات المقدمة فيه 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 (ID) الخطة #: تاريخ سريان التغطية: ____/____/____ (MM/DD/YYYY)

ممثل مبيعات Wellcare وكيل مُعتمد

(ممثل المبيعات/الوكيل الفردي الذي أكمل طلب التسجيل)

نوع الوكيل (اختر واحداً): ☐ وكيل مُعتمد ☐ موظف 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 #: (____) _____ - _____

البريد الإلكتروني:

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

تاريخ استلام طلب ممثل 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 ☐ زيارة دون 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 أكتوبر حتى 7 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 مزاي Medicare، وكان قد مر أكثر من 90 يومًا على بلوغك سن 65 عامًا، فحدد "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 لاحقًا 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 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 "تركت التغطية التي كانت مقدمة من صاحب العمل أو النقابة" أدناه.

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

☐ لدي بالفعل الجزء A (تأمين المستشفيات)، وقد سجلت مؤخرًا لأول مرة في الجزء B (التأمين الطبي). وأرغب في الانضمام إلى خطة Medicare Advantage.

☐ تم إبلاغي بالحصول على Medicare بعد بدء تغطيتي بالجزء A و/أو الجزء B. تم إخطاري في (أدخل التاريخ) ____/____/____.

☐ كان لدي Medicare قبل الآن، ولكنني أبلغ الآن سن 65 عامًا.

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

☐ 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). ____/____/____.

____/____/____

☐ أُطلق سراحي من السجن. لقد أُطلق سراحي بتاريخ (أدخل التاريخ). ____/____/____.

____/____/____

☐ حصلت مؤخرًا على حالة الوجود القانوني في الولايات المتحدة. وقد حصلت على هذه الحالة في (أدخل التاريخ). ____/____/____.

☐ أعيش في مرفق رعاية طويلة الأجل، مثل دار ترميض أو مستشفى لإعادة التأهيل.

*ملاحظة: يجب تعبئة بيانات مرفق الرعاية طويلة الأجل في النموذج.

☐ انتقلت مؤخرًا من مرفق رعاية طويلة الأجل، مثل دار ترميض أو مستشفى لإعادة التأهيل.

*ملاحظة: يجب تعبئة بيانات مرفق الرعاية طويلة الأجل في النموذج.

____/____/____

غادرت المرفق في (أدخل التاريخ)



- ☐ تركت تغطية مشغلي 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. تلقيت رسالة من Medicare تفيد بأنه يمكنني الانضمام إلى خطة أخرى. انتهت تغطيتي في (أدخل التاريخ). _____/_____/_____
- ☐ ألغيت تغطيتي في PACE (برامج الرعاية الشاملة للمسنين). تركت البرنامج في (أدخل التاريخ). _____/_____/_____
- ☐ فقدت خطة الاحتياجات الخاصة الخاصة بي لأنني لم أعد أستوفي حالة الاحتياجات الخاصة المطلوبة لهذه الخطة. سيتم، أو تم بالفعل، إلغاء تسجيلي في SNP بتاريخ (أدخل التاريخ). _____/_____/_____
- ☐ أرغب في الانضمام إلى خطة احتياجات خاصة تُصمّم مزايها بما يتناسب مع حالتي الصحية المزمنة.
- ☐ تم اعتباري أنني غير مؤهل لخطة CSNP وأريد التسجيل في خطة أخرى. _____/_____/_____
- ☐ تم إخطاري في (أدخل التاريخ).
- ☐ أجريت مؤخرًا تغييرًا في خطة Medicaid الخاصة بي (حصلت مؤخرًا على خطة Medicaid، أو أجريت تغييرًا في مستوى مساعدة خطة Medicaid، أو فقدت خطة Medicaid) بتاريخ (أدخل التاريخ). _____/_____/_____
- ☐ حدث مؤخرًا تغيير في وضع "المساعدة الإضافية" لدي والتي كنت أحصل عليها لدفع تكاليف الأدوية (حصلت على "المساعدة الإضافية" حديثًا، 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. الولايات التالية لديها برنامج SPAP مؤهل: Delaware و Indiana و Maine و Maryland و Massachusetts و Missouri و New Jersey و New Mexico و New York و Pennsylvania و Rhode Island و Texas و Vermont و Wisconsin.
- ☐ أنا بصدد فقدان المساعدة من برنامج الولاية للمساعدة في تكاليف الأدوية (SPAP). فقدت المساعدة في (أدخل التاريخ). _____/_____/_____
- ☐ تأثرت أنا، أو الشخص الذي أعتمد عليه للمساعدة في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية، بحالة طوارئ أو كارثة كبرى (كما أعلنتها الوكالة الفيدرالية لإدارة الطوارئ، أو الحكومة الفيدرالية، أو حكومة ولايتي، أو الحكومة المحلية). ينطبق عليّ أحد العبارات الأخرى الواردة في هذه الصفحة، لكنني لم أتمكن من تقديم طلبتي 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 الـ 3 سنوات الماضية. أريد الانضمام إلى خطة ذات تصنيف 3 نجوم أو أعلى.

☐ أنا مُسجل في خطة استحوذت عليها الولاية مؤخرًا بسبب مشكلات مالية (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 تنسيق الاحتياجات الخاصة الذي طلبته سابقًا:

*ملحوظة: تشمل التنسيق التي تلبي الاحتياجات الخاصة، على سبيل المثال لا الحصر، طريقة برايل وقرص البيانات المضغوط والطباعة الكبيرة.

☐ أدفع قسطًا للجزء A وقمت بالتسجيل في الجزء B خلال فترة التسجيل العامة (من 1 يناير حتى 31 مارس كل عام). أريد الانضمام إلى خطة أدوية Medicare (الجزء D) أو خطة Medicare Advantage توفر تغطية للأدوية.

*إذا كنت تدفع قسطًا 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 (تأمين المستشفيات) أو الجزء B (التأمين الطبي) خلال فترة تسجيل خاصة كنت مؤهلًا لها بسبب ظرف استثنائي. لقد قمت بالتسجيل في (أدخل التاريخ).

☐ لدي Medicare وأحصل على كامل مزايا Medicaid. أرغب في 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 عليك أي من هذه العبارات أو لم تكن متأكدًا، يُرجى الاتصال بـ Wellcare على الرقم 1-844-480-0680 (لمستخدمي TTY، يُرجى الاتصال بالرقم 711) لمعرفة ما إذا كنت مؤهلًا للتسجيل. نحن متاحون من 1 أكتوبر إلى 15 ديسمبر، حيث يتوفر الممثلون من الأحد إلى السبت، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً. ومن 16 ديسمبر إلى 30 سبتمبر، يتوفر الممثلون من الاثنين إلى السبت، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً.

عليك الاستمرار في سداد قسط Medicare Part B. ومع ذلك، بالنسبة للمستفيدين المزدوجين بالكامل، ستغطي الولاية قسط الجزء B الخاص بك طالما أنك تحافظ على أهليتك لبرنامج Medicaid.



