



## المستند 1: نموذج طلب تسجيل فردي للتسجيل في خطة مزايا الرعاية الطبية (الجزء "ج")

### من يمكنه استخدام هذا النموذج؟

الأشخاص المسجلون في برنامج Medicare الذين يرغبون في الانضمام  
خطة Medicare Advantage

### للانضمام إلى خطة، يجب أن:

- تكون مواطنًا أمريكيًا أو موجودًا بشكل قانوني في الولايات المتحدة.
- تكون مقيمًا في منطقة خدمة الخطة

**مهم:** للانضمام إلى خطة Medicare Advantage، يجب أن يكون لديك أيضًا:

- تأمين الجزء "أ" من Medicare (تأمين المستشفى)
- تأمين الجزء "ب" من Medicare (التأمين الطبي)

### متى أستخدم هذا النموذج؟

يمكنك الانضمام إلى إحدى الخطط:

- بين 15 أكتوبر و7 ديسمبر من كل عام (للتغطية التي تبدأ من 1 يناير)
- خلال 3 أشهر من الحصول على برنامج Medicare لأول مرة
- في مواقف معينة يكون مسموحًا لك فيها بالانضمام إلى الخطة أو تبديلها

تفضل بزيارة [Medicare.gov](http://Medicare.gov) لمعرفة المزيد حول متى يمكنك التسجيل في إحدى الخطط.

### ما الذي أحتاجه لإكمال هذا النموذج؟

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

**ملاحظة:** يجب عليك إكمال جميع العناصر في القسم 1. العناصر الواردة في القسم 2 اختيارية - لا يمكن حرمانك من التغطية لأنك لم تستوفها.

### تذكيرات:

- إذا كنت ترغب في الانضمام إلى إحدى الخطط خلال التسجيل المفتوح في الخريف (من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر)، فيجب أن تتلقى الخطة النموذج المكتمل بحلول 7 ديسمبر.
- سترسل لك خطتك فاتورة بقسط الخطة. يمكنك اختيار التسجيل لخصم مدفوعات الأقساط من حسابك المصرفي أو مزايا الضمان الاجتماعي (أو مجلس التقاعد لموظفي السكك الحديدية) الشهرية.

### ماذا يحدث بعد ذلك؟

CCA: أرسل نموذجك المكتمل والموقع إلى  
Health Michigan, Inc. 22260  
Haggerty Road, Suite 300  
Northville, MI 48167

أو عبر الإنترنت على

[www.app-ccahealthmi.org/enroll-now](http://www.app-ccahealthmi.org/enroll-now)

بمجرد معالجة طلبك للانضمام، ستقوم المؤسسة بالاتصال بك.

### كيف يمكنني الحصول على مساعدة بشأن هذا النموذج؟

اتصل بمؤسسة CCA Health Michigan على الرقم 833-704-4216. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال بالرقم 711.

أو اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE). يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

**En español :** Llame a CCA Health Michigan al 833-704-4216/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

### الأفراد الذين يعانون من التشرد

- إذا كنت ترغب في الانضمام إلى خطة ولكن ليس لديك إقامة دائمة، فقد يتم اعتبار صندوق بريد أو عنوان ملجأ أو عيادة أو العنوان الذي تتلقى منه البريد (على سبيل المثال، شبكات الضمان الاجتماعي) عنوان إقامتك الدائمة.

وفقًا لقانون الحد من الأعمال الورقية (Paperwork Reduction Act) لعام 1995، لا يُطلب من أي شخص الرد على مجموعة من المعلومات ما لم تكن تعرض رقم تحكم صالحًا صادر عن مكتب الإدارة والموازنة الأمريكي (OMB). ورقم التحكم في OMB الصالح لمجموعة المعلومات هذه هو 0938-1378. يُقدر متوسط الوقت المطلوب لإكمال هذه المعلومات بنحو 20 دقيقة للإجابة، بما في ذلك الوقت اللازم لمراجعة التعليمات، والبحث في موارد البيانات الحالية، وجمع البيانات المطلوبة، وإكمال مجموعة المعلومات ومراجعتها. إذا كانت لديك أي تعليقات تتعلق بدقة تقدير (تغييرات) 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.

مهم

لا ترسل هذا النموذج أو أي عناصر تحتوي على معلوماتك شخصية (مثل المطالبات والمدفوعات والسجلات الطبية وما إلى ذلك) إلى مكتب تصاريح تقارير PRA. سيتم إتلاف أي عناصر نحصل عليها لا تتعلق بكيفية تحسين هذا النموذج أو عبء تجميعه (الموضح في OMB 0938-1378)، ولن يتم الاحتفاظ بها أو مراجعتها أو إرسالها إلى الخطة. راجع القسم "ماذا يحدث بعد ذلك؟" في هذه الصفحة لإرسال نموذجك المكتمل إلى الخطة.

## القسم 1 - جميع الحقول في هذه الصفحة مطلوبة (ما لم يتم تمييزها على أنها اختيارية)

حدد الخطة التي تريد الانضمام إليها:

CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP):\$0 شهرياً

الاسم الأول:  
الاسم الأخير:  
الحرف الأول من الاسم الأوسط (اختياري):

تاريخ الميلاد: (شهر/يوم/سنة) ( / / )  
الجنس: ذكر  أنثى   
رقم الهاتف: ( )

عنوان شارع الإقامة الدائمة (لا تُدخل رقم صندوق بريد):

المدينة:  
المقاطعة (اختياري):  
الولاية:  
الرمز البريدي:

العنوان البريدي، إذا كان مختلفًا عن عنوانك الدائم (يُسمح بإدخال رقم صندوق البريد):  
عنوان الشارع:  
الولاية:  
الرمز البريدي:  
المدينة:

### معلومات Medicare الخاصة بك:

رقم برنامج Medicare:

-----

أجب عن هذه الأسئلة المهمة:

هل سيكون لديك تغطية أخرى للأدوية التي تصرف بوصفة طبية (مثل TRICARE، VA) بجانب هذه الخطة؟  نعم  لا  
اسم التغطية الأخرى: رقم العضو لهذه التغطية: رقم المجموعة لهذه التغطية:

هل أنت مسجل في برنامج Medicaid الخاص بالولاية؟\* (مطلوب من أجل التسجيل في خطط SNP)

نعم  لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فيرجى تقديم رقم برنامج Medicaid الخاص بك: \_

### مهم: اقرأ ووقع أدناه:

- يجب أن أحفظ بكل من تأمين المستشفى (الجزء "أ") والتأمين الطبي (الجزء "ب") للاستمرار في خطط CCA Health Michigan Medicare Advantage.
- بالانضمام إلى خطة Medicare Advantage هذه، أقر بأن مؤسسة CCA Health Michigan ستشارك معلوماتي مع برنامج Medicare والذي يمكنه استخدامها لتتبع تسجيلي، وسداد المدفوعات، ولأغراض أخرى يسمح بها القانون الفيدرالي الذي يجيز جمع هذه المعلومات (انظر بيان قانون الخصوصية أدناه). إجابتك على هذا النموذج طوعية. ومع ذلك، قد يؤثر عدم الإجابة على التسجيل في الخطة.
- أفهم أنه يمكن تسجيلي في خطة MA واحدة فقط في كل مرة - وأن التسجيل في هذه الخطة يؤدي تلقائيًا إلى إنهاء تسجيلي في خطة MA أخرى (تتطبق الاستثناءات بشأن خطط MA MSA، MA PFFS).
- أفهم أنه عندما تبدأ تغطية CCA Health Michigan الخاصة بي، يجب أن أحصل على جميع المزايا الطبية والأدوية التي تصرف بوصفة طبية من CCA Health Michigan. سيتم تغطية المزايا والخدمات التي تقدمها CCA Health Michigan والمتضمنة في وثيقة "دليل التغطية" الخاصة بي لدى CCA Health Michigan (المعروفة أيضًا باسم عقد العضو أو اتفاقية المشترك). لن تدفع Medicare ولا CCA Health Michigan مقابل المزايا أو الخدمات غير المشمولة بالتغطية.
- المعلومات الواردة في نموذج التسجيل هذا صحيحة على حد علمي. أفهم أنه إذا قدمت معلومات كاذبة عن عمد في هذا النموذج، فسيتم إلغاء تسجيلي في الخطة.
- أفهم أن توقيعني (أو توقيع الشخص المفوض قانونًا بالتصرف نيابة عني) على هذا الطلب يعني أنني قد قرأت وفهمت محتويات هذا الطلب. في حالة التوقيع من قبل ممثل مفوض (كما هو موضح أعلاه)، يشهد هذا التوقيع على ما يلي:  
1) هذا الشخص مفوض بموجب قانون الولاية لإتمام هذا التسجيل، و  
2) سيتم توفير وثائق هذا التفويض لدى طلبها من جانب Medicare.

التوقيع: تاريخ اليوم:

إذا كنت الممثل المفوض، فوقع أعلاه وقم باستيفاء هذه الحقول:

الاسم: العنوان:

رقم الهاتف: العلاقة بالمشترك:

## القسم 2 - جميع الحقول في هذه الصفحة اختيارية

الإجابة عن هذه الأسئلة طوعية. لا يمكن حرمانك من التغطية لأنك لم تستوفها.

هل أنت من أصل إسباني أو لاتيني؟ حدد كل ما ينطبق.

نعم، مكسيكي، أمريكي مكسيكي، تشيكانو  
 نعم، كوبي

لا، لست من أصل إسباني أو لاتيني  
 نعم، بورتوريكو  
 نعم، أصل إسباني أو لاتيني آخر  
 أفضل عدم الإجابة.

ما عرقك؟ حدد كل ما ينطبق.

أسود أو أمريكي من أصل إفريقي  
من سكان هاواي الأصليين وجزر المحيط الهادئ:

غوماني أو شامورو  
 من سكان هاواي الأصليين  
 سامواني  
 من سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى  
 أبيض  
 أفضل عدم الإجابة.

هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين آسيوي  
 هندي آسيوي

صيني  
 فلبيني  
 ياباني  
 كوري  
 فيتنامي  
 آسيوي آخر

حدد إحدى اللغات إذا كنت تريد منا أن نرسل لك معلومات بلغة غير الإنجليزية.

الإسبانية  العربية

حدد إجابة واحدة إذا كنت تريد منا أن نرسل لك معلومات بتنسيق يمكن الوصول إليه.

برايل  طباعة كبيرة  قرص مضغوط صوتي  
يُرجى الاتصال بمؤسسة CCA Health Michigan على الرقم 833-704-4216 إذا كنت بحاجة إلى معلومات في تنسيق يمكن الوصول إليه بخلاف ما هو مذكور أعلاه. ساعات العمل لدينا من 8 صباحاً إلى 8 مساءً طوال أيام الأسبوع. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال بالرقم 711.

هل زوجك يعمل؟  نعم  لا

هل تعمل؟  نعم  لا

اذكر طبيب الرعاية الأولية (PCP)، أو العيادة، أو المركز الصحي:

### دفع أقساط خطتك

يمكنك دفع قسط خطتك الشهري (بما في ذلك أي غرامة على تأخر التسجيل مستحقة أو قد تكون مستحقة عليك) عن طريق البريد أو تحويل الأموال الإلكتروني (EFT) كل شهر. يمكنك أيضاً اختيار دفع قسط التأمين الخاص بك عن طريق خصمه تلقائياً من ميزة الضمان الاجتماعي أو شيك من مجلس تقاعد موظفي السكك الحديدية (RRB) كل شهر. إذا دفعت مبلغ التسوية الشهري المرتبط بالدخل - الجزء "د"، فستخطر إدارة الضمان الاجتماعي. ستكون مسؤولاً عن دفع هذا المبلغ الإضافي بالإضافة إلى قسط خطتك. سيتم اقتطاع المبلغ من شيك مزايا الضمان الاجتماعي الخاص بك أو سيتم إصدار فاتورة لك مباشرة من قبل Medicare أو مجلس تقاعد موظفي السكك الحديدية (RRB). لا تدفع مبلغ التسوية الشهري المرتبط بالدخل - الجزء "د" (Part D-IRMAA) إلى مؤسسة CCA.  
هل ترغب في خصم قسط هذه الخطة من الشيك الشهري لمزايا إدارة الضمان الاجتماعي أو مجلس تقاعد موظفي السكك الحديدية (RRB)؟  
 نعم، اخصم القسط تلقائياً من شيك مزايا الضمان الاجتماعي أو مجلس متقاعدي السكك الحديدية (RRB).

أحصل على المزايا الخاصة بي من:  الضمان الاجتماعي  مجلس متقاعدي السكك الحديدية

يُستكمل بواسطة الموظف/المندوب/الوسيط فقط:

الاسم (في حالة المساعدة في التسجيل): \_\_\_\_\_

رقم NPN: \_\_\_\_\_

تاريخ الاستلام الأولي: \_\_\_\_\_ تاريخ سريان التغطية المقترح: \_\_\_\_\_

### بيان قانون الخصوصية

تجمع مراكز خدمات Medicare و Medicaid (مراكز CMS) معلومات من خطط Medicare لتتبع تسجيل المستفيدين في خطط Medicare Advantage (MA)، وتحسين الرعاية، ودفع مزايا Medicare. يبيّن القسمان 1851 من قانون الضمان الاجتماعي والقسمان 422.50 و 422.60 من مدونة اللوائح الفيدرالية جمع هذه المعلومات. يجوز لمراكز CMS استخدام بيانات تسجيل المستفيدين من Medicare والإفصاح عنها وتبادلها كما هو محدد في إشعار نظام السجلات (MARX) "Medicare Advantage Prescription Drug (SORN)"، النظام رقم 09-70-0588. إجابتك على هذا النموذج طوعية. ومع ذلك، قد تؤثر عدم الإجابة على التسجيل في الخطة.

عادةً، يمكنك التسجيل في خطة Medicare Advantage فقط خلال فترة التسجيل السنوية من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر من كل عام. هناك استثناءات قد تسمح لك بالتسجيل في خطة Medicare Advantage في غير هذه الفترة.

يُرجى قراءة العبارات التالية بعناية ووضع علامة في الخانة إذا كانت العبارة تنطبق عليك. بتحديد أي من الخانات التالية، فإنك تقر، على حد علمك، بأنك مؤهل لفترة تسجيل. إذا قررنا لاحقًا أن هذه المعلومات غير صحيحة، فقد يتم إلغاء تسجيلك.

فترة التسجيل السنوي (Annual Enrollment Period, AEP). تاريخ سريان خطتك سيكون في 1 يناير.

أنا جديد في برنامج Medicare.

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

انتقلت مؤخرًا خارج منطقة الخدمة التي تغطيها خطتي الحالية أو قدمت مؤخرًا إلى هذه المنطقة وهذه الخطة خيار جديد بالنسبة لي. انتقلت في \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

طُلق سراحي مؤخرًا من السجن. تم إطلاق سراحي في \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

عدت مؤخرًا إلى الولايات المتحدة بعد أن عشت بشكل دائم خارج الولايات المتحدة. عدت إلى الولايات المتحدة في \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

حصلت مؤخرًا على وضع الوجود القانوني في الولايات المتحدة. حصلت على هذا الوضع في \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

لقد حدث لي مؤخرًا تغيير في برنامج Medicaid (حصلت مؤخرًا على برنامج Medicaid، أو حدث لي تغيير في مستوى مساعدة Medicaid، أو فقدت برنامج Medicaid) في \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

حدث لي مؤخرًا تغيير في مبلغ المساعدة الإضافية الذي أحصل عليه لتغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية من Medicare (حصلت مؤخرًا على مساعدة إضافية، أو حدث لي تغيير في مستوى المساعدة الإضافية، أو فقدت مساعدة إضافية) في \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

أملك تغطية تأمينية من كل من Medicare و Medicaid (أو تساعد ولايتي على دفع أقساط Medicare الخاصة بي) أو أحصل على المساعدة الإضافية التي تغطي الأدوية المتاحة بوصفة طبية من Medicare، ولكن لم يحدث لي أي تغيير.

أنتقل إلى مرفق رعاية طويلة الأجل أو أعيش فيه أو انتقلت منه مؤخرًا (على سبيل المثال، دار رعاية أو مرفق رعاية طويلة الأجل). انتقلت إلى/سوف أنتقل إلى/غادرت المنشأة في \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

- تركت مؤخرًا برنامج PACE في \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- لقد فقدت مؤخرًا بشكل غير طوعي تغطية الأدوية التي تُصرف بوصفة طبية الموثقة الخاصة بي (تغطية بنفس جودة تغطية Medicare). لقد فقدت تغطية أدويتي في \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- بصدد ترك تغطية صاحب العمل أو النقابة في \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- أنتمي إلى برنامج مساعدة صيدلية تقدمه ولايتي.
- خطتي بصدد إنهاء عقدها مع Medicare، أو Medicare بصدد إنهاء عقده مع خطتي.
- لقد تم تسجيلي في خطة من قبل Medicare (أو ولايتي) وأريد اختيار خطة مختلفة. بدأ تسجيلي في تلك الخطة في \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- تم تسجيلي في خطة الاحتياجات الخاصة (SNP) ولكنني فقدت مؤهلات ذوي الاحتياجات الخاصة المطلوبة للمشاركة في هذه الخطة. تم إلغاء تسجيلي في خطة SNP في \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- تأثرت بحالة طوارئ أو كارثة كبيرة (معلنة من جانب الوكالة الفيدرالية لإدارة الطوارئ (FEMA) أو من قبل كيان حكومي فيدرالي أو تابع للولاية أو محلي). تنطبق عليّ إحدى العبارات الأخرى الواردة هنا، لكنني لم أتمكن من تقديم طلب التسجيل الخاص بي بسبب الكارثة.
- إذا لم ينطبق عليك أي من هذه العبارات أو لم تكن متأكدًا، فيُرجى الاتصال بمؤسسة CCA Health Michigan على الرقم 833-704-4216 (يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال بالرقم 711) لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً للتسجيل. نحن نعمل طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً.