

2014

نموذج تسجيل فردي

1 من 7

يُرجى الاتصال بخطة UnitedHealthcare Dual Complete™ إذا كنت تحتاج لمعلومات بأي لغة أو تنسيق آخر (أحرف كبيرة).			
1. للتسجيل في خطة UnitedHealthcare Dual Complete™، يرجى تزويدنا بالمعلومات التالية:			
<b>خطة UnitedHealthcare® Dual Complete™ (HMO SNP) UDC</b>			
2. معلومات مقدم الطلب (يرجى الكتابة أو الطباعة بالحرر الأسود أو الأزرق).			
الاسم الأول	اسم العائلة	السيد <input type="checkbox"/>	السيدة <input type="checkbox"/>
الحرف الأول من الاسم الوسط		الأنسة <input type="checkbox"/>	
		الجنس	تاريخ الولادة
		ذكور <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	س س س / ي ي / ش ش
		رقم الهاتف البديل	رقم هاتف المنزل
		( ) - -	( ) - -
			رقم الضمان الاجتماعي
			- - - - -
		العنوان شارع الإقامة الدائم (لا يُسمح برقم صندوق البريد)	الشقة
		- - - - -	- - - - -
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	المقاطعة
- - - - -	- - -	- - - - -	- - - - -
العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن عنوان شارع الإقامة الدائم فقط، ويُسمح برقم صندوق البريد لعنوان المراسلة عبر البريد فقط)			
- - - - -			
المدينة	الولاية	الرمز البريدي	
- - - - -	- - -	- - - - -	
عنوان البريد الإلكتروني (اختياري). يُرجى إرسال معلومات وتحديثات عن الخطة عن طريق البريد الإلكتروني.			
- - - - -			

اقطع من هنا

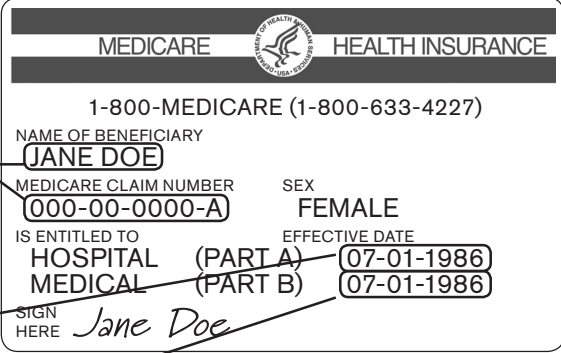
اقطع من هنا

اسم المشترك:

هذه الصفحة متروكة فارغة عن عمد.

## 3. يُرجى تزويدنا بمعلومات تأمينك بموجب Medicare.

يُرجى الاستعانة ببطاقة Medicare الحمراء والبيضاء والزرقاء لإتمام هذا القسم —أو— أرفق نسخة من بطاقة Medicare الخاصة بك أو الخطاب من الضمان الاجتماعي أو مجلس التقاعد من السكة الحديد.

الاسم (مماثل تمامًا للاسم الظاهر في بطاقة Medicare)	 <p>MEDICARE HEALTH INSURANCE 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) NAME OF BENEFICIARY: JANE DOE MEDICARE CLAIM NUMBER: 000-00-0000-A SEX: FEMALE IS ENTITLED TO HOSPITAL (PART A) MEDICAL (PART B) EFFECTIVE DATE: 07-01-1986 SIGN HERE: Jane Doe</p>
بالأحرف Medicare رقم مطالبة	
الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	
تاريخ سريان القسم A (المستشفيات)	
تاريخ سريان القسم B (طبي)	

اقطع من هنا

يجب أن تكون مشتركًا في القسم A والقسم B من Medicare للانضمام إلى خطة Medicare Advantage.

## 4. خيارات الدفع المتوفرة (حسبما يكون منطبقًا).

إذا كان عليك قسط تأمين شهري للخطة (أو كنت تتحمل الآن غرامة تسجيل متأخر)، فنحن بحاجة إلى معرفة الطريقة التي تفضلها لسداده. يمكنك السداد عبر البريد العادي أو نوفر لك بيانًا شهريًا. ويمكنك أيضًا اختيار سداد قسطك عن طريق اقتطاع القسط مباشرةً من الدفعة الشهرية للتأمين الاجتماعي الخاص بك أو مجلس التقاعد من السكة الحديد (RRB) من خلال الشيك الذي تتسلمه ضمن المزايا المقدمة لك كل شهر. في حالة فرض مبلغ تعديل شهري متعلق بدخلك تأمين القسم D (يعرف اختصارًا بـIRMAA)، سيتم إعلامك من قبل إدارة التأمين الاجتماعي. سوف تكون مسئولاً عن دفع هذا المبلغ الإضافي بالإضافة إلى قسط الخطة. سيتم اقتطاع هذا المبلغ من قيمة الشيك الذي تتسلمه ضمن المزايا المقدمة من التأمين الاجتماعي أو من RRB. لا تدفع مبلغ IRMAA للقسم D المخصص لخطة **UnitedHealthcare Dual Complete™**.

الأشخاص محدودي الدخل قد يؤولون لبرنامج Extra Help (المساعدات الإضافية) لتسديد تكاليف أدويةهم المقررة بوصفة طبية. إذا كنت مؤهلاً، فقد تدفع Medicare نسبة 75% أو أكثر من تكاليف أدويةك بما فيه أقساط الأدوية الموصوفة الشهرية والخصومات السنوية ودفعات المشاركة في التأمين. بالإضافة إلى ذلك، إن هؤلاء الذين يتأهلون لن يتعرضوا لمرحلة توقف التغطية أو تحمل غرامة تسجيل متأخر. عدد كبير من الأشخاص مؤهل لهذه التخفيضات ولكنهم لا يدرون بها. لمزيد من المعلومات عن برنامج Extra Help، تواصل مع مكتب التأمين الاجتماعي المحلي، أو اتصل بالتأمين الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213. وعلى مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-800-325-0778. كما يمكنك التقدم بطلب الحصول على المساعدة الإضافية عن طريق الموقع الإلكتروني [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

اقطع من هنا

إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة الإضافية بتكاليف أدويةك الموصوفة بموجب تأمين Medicare، فستدفع Medicare قسط البرنامج بالكامل أو جزئيًا. إذا دفعت Medicare جزءًا فقط من القسط، فسوف نرسل لك فاتورة بالمبلغ الذي لم تغطه Medicare.

إذا لم تحدد خيارًا للسداد، فسوف تستلم بيانًا شهريًا لتسديد المبلغ الذي لا يندرج ضمن تغطية Medicare.

اسم المشترك:

هذه الصفحة متروكة فارغة عن عمد.

يُرجى تحديد خيار سداد القسط (اختر واحدًا فقط):

اقتطاع القسط مباشرةً من الدفعة الشهرية للتأمين الاجتماعي/مجلس التقاعد من السكة الحديد من خلال الشيك الذي تتسلمه ضمن المزايا المقدمة لك. (قد يستغرق اقتطاع القسط من تأمينك الاجتماعي/مجلس التقاعد من السكة الحديد (RRB) شهرين أو أكثر ليبدأ بعد موافقة التأمين الاجتماعي أو مجلس التقاعد من السكة الحديد (RRB) على الاقتطاع في أغلب الحالات إذا قبل التأمين الاجتماعي/أو مجلس التقاعد من السكة الحديد طلبك لاقتطاع القسط مباشرةً، سيُشمل أول مبلغ مقتطع من شيك مزايا التأمين الاجتماعي/أو مجلس التقاعد من السكة الحديد كافة الأقساط المستحقة بدءًا من تاريخ نفاذ اشتراكك وحتى نقطة بدء اقتطاع المبلغ. وإذا لم يوافق التأمين الاجتماعي/أو مجلس التقاعد من السكة الحديد على طلبك لاقتطاع القسط مباشرةً، فسوف نرسل لك دفتر كويونات سداد لأقساطك الشهرية).

البيان الشهري

5. يرجى قراءة هذه الأسئلة المهمة والإجابة عنها:

هل تعاني من مرض الفشل الكلوي بالمرحلة النهائية (ESRD)؟  نعم  لا

إذا كنت قد أجريت عملية زرع كلى ناجحة و/أو لا تحتاج إلى غسيل كلوي منتظم بعد الآن، يرجى إرفاق بيان أو سجلات من طبيبك موضحة أنك قمت بإجراء عملية زراعة كلى ناجحة أو أنك لا تحتاج إلى غسيل كلوي، وإلا فسنحتاج إلى الاتصال بك للحصول على معلومات إضافية.

إذا كانت الإجابة "نعم"، فهل أنت حاليًا عضو بشركة للرعاية الصحية؟  نعم  لا

اسم الشركة

رقم معرف العضوية

هل تتمتع بأي تغطية أخرى لأدوية مقررّة بوصفة طبية كالتأمين الخاص، أو TRICARE أو المزايا المقدمة للمحاربين القدامى، أو برنامج الولاية للمساعدات الدوائية، أو التأمين الصحي لموظفي الحكومة الفيدرالية؟

نعم  لا إذا كانت إجابتك "نعم"،

اسم التغطية الأخرى

فاذكر رقم معرف العضو لهذه التغطية

رقم معرف المجموعة تاريخ نفاذ

س س س / ي ي / ش ش

هل تقيم في منشأة للرعاية طويلة الأجل، مثل مركز خدمات ترميز/دار مسنين؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فاذكر اسم المؤسسة

عنوان المؤسسة

المدينة

الولاية الرمز البريدي

رقم هاتف المؤسسة

تاريخ الدخول إلى المؤسسة

س س س / ي ي / ش ش

هل أنت مشترك في برنامج Medicaid بولايتك؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم رقم معرف Medicaid

هل تعمل أنت أو زوجك/زوجتك؟  نعم  لا

اسم المشترك:

هذه الصفحة متروكة فارغة عن عمد.

## 6. طبيب الرعاية الأولية (PCP)، اختيار المركز الطبي أو الصحي.

راجع الموقع الإلكتروني للخطة أو دليل موفري الرعاية للاختيار.  
الاسم الكامل لطبيب الرعاية الأولية

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

رقم معرف موفر الرعاية/طبيب الرعاية الأولية: أدخل معرفَ طبيب الرعاية الأولية المكوّن من 10 أرقام أو 11 رقمًا كما يظهر تمامًا في الموقع الإلكتروني أو الدليل. ويتضمن الأصفار، لكنه لا يتضمن أي شرطة. (بالنسبة للمعرّف المكوّن من 10 أرقام، اترك المربع الأخير فارغًا.)

رقم معرف موفر الرعاية/طبيب الرعاية الأولية

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

هل تقوم الآن بزيارة هذا الطبيب أو قمت بزيارته مؤخرًا؟  نعم  لا

هل تتمتع أنت أو زوجتك/زوجك بأي تأمين صحي آخر بخلاف Medicare، مثل تأمين الولاية أو تعويض العمال أو مزايا إدارة المحاربين القدامى (VA)؟

نعم  لا

إذا كان الجواب "نعم"، يُرجى التزويد بالمعلومات التالية:  
ما نوع التأمين الذي تتمتع به؟

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

رقم المعرف

رقم المجموعة

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 7. تنسيقات بديلة (يجب وضع علامة اختيار على واحد فقط):

يرجى وضع علامة اختيار في أحد المربعات أدناه إذا كنت تفضل أن نرسل لك معلومات الاشتراك بلغة غير اللغة الإنجليزية أو بتنسيق آخر:  
 الإسبانية  الصينية  أخرى

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

يرجى الاتصال بخطة UnitedHealthcare Dual Complete™ على الرقم 1-888-834-3721 (الهاتف النصي (TTY) على الرقم 711) إذا كنت بحاجة للحصول على معلومات بتنسيق آخر أو بلغة أخرى بخلاف ما هو مذكور أعلاه. ساعات العمل بمقرنا من 8 ص إلى 8 م بالتوقيت المحلي، 7 أيام في الأسبوع.

رجاء قراءة هذه المعلومات الهامة.

قف

إذا كنت تتمتع حاليًا بتغطية صحية يوفرها صاحب العمل أو النقابة، فإن الانضمام لخطة UnitedHealthcare Dual Complete™ قد يؤثر على المزايا الصحية المقدمة لك من خلال صاحب العمل أو النقابة. يمكن أن تفقد التغطية المقدمة لك من خلال صاحب العمل أو النقابة في حالة الانضمام إلى خطة UnitedHealthcare Dual Complete™. اقرأ المراسلات التي يرسلها لك صاحب العمل أو النقابة. إذا كانت لديك أسئلة، فانقل إلى موقع هذه الجهة على الإنترنت أو اتصل بالمكتب المذكور في مراسلتها. إذا لم تتوفر أية معلومات عن الجهة التي يمكنك الاتصال بها، يمكنك الحصول على المساعدة من مدير مزايا البرنامج الذي تتبعه أو المكتب الذي يرد على الأسئلة المتعلقة بالتغطية.

للتسجيل في خطة Dual Special Needs (الحاجات الخاصة المزدوجة)، يجب أن تكون مؤهلاً لبرنامج Medicaid الحكومي. لكي تشترك في خطة Chronic Conditions Special Needs (الاحتياجات الخاصة للحالات المزمنة)، فإن Medicare تطلب منك التحقق من حالتك المزمنة. سوف نتصل بمكتب طبيبك المعالج للتحقق من حالتك المزمنة.

اسم المشترك:

هذه الصفحة متروكة فارغة عن عمد.



## 8. يُرجى قراءة المعلومات أدناه والتوقيع عليها.

من خلال ملء طلب الاشتراك هذا، أوافق على التالي:

هذه هي خطة Medicare Advantage وتخضع للتعاقد مع الحكومة الفيدرالية. وهذه ليست خطة تكميلية من Medicare. سيكون عليك الحفاظ على استمرار قسمي A و B من Medicare. لا يمكنك التسجيل إلا في خطة واحدة من Medicare Advantage أو خطة الأدوية المقررة بوصفة طبية في وقت واحد. التسجيل في هذه الخطة سيُنتهي تسجيلك في خطة Medicare Advantage أخرى أو خطة أدوية مقررة بوصفة طبية بشكل تلقائي.

إذا كانت لديك تغطية لأدوية مقررة بوصفة طبية، أو سوف تحصل على أي منها في المستقبل من أي مكان بخلاف هذه الخطة، فسوف تعتبر مسؤولاً عن إعلامنا بذلك. الاشتراك في هذا البرنامج يكون عادة لسنة كاملة. لا يمكنك ترك هذه الخطة أو تغييرها إلا أثناء فترة التسجيل المفتوحة من Medicare، اعتباراً من 15 أكتوبر وحتى 7 ديسمبر، أو ضمن ظروف خاصة محددة.

سوف أقرأ وثيقة إثبات التغطية المرسلة من UnitedHealthcare Dual Complete™ عندما أستلمها لكي أعرف القواعد التي يجب علي اتباعها للحصول على التغطية من خلال خطة Medicare Advantage هذه. لا تغطي هذه الخطة سوى المنطقة التي تعيش فيها. إذا كنت تخطط للانتقال إلى خارج المنطقة، يرجى الاتصال بنا، وسوف نساعدك على إيجاد خطة في منطقتك الجديدة. قد لا تتم تغطيتك بواسطة Medicare عندما تكون خارج البلاد، مع استثناء التغطية المحدودة بالقرب من الحدود مع الولايات المتحدة. ولك الحق في الطعن على قرارات الخطة المتعلقة بالدفع أو الخدمات إذا كنت لا توافق عليها.

أتفهم أنه اعتباراً من تاريخ بدء تغطية خطة UnitedHealthcare Dual Complete™، يجب أن أحصل على جميع مزايا الرعاية الصحية من UnitedHealthcare Dual Complete™، باستثناء خدمات الحالات الطارئة أو العاجلة أو خدمات غسيل الكلى خارج المنطقة. ستتم تغطية الخدمات المصّرح بها من قبل الخطة التي أشترك بها والخدمات الأخرى المضمنة في وثيقة إثبات التغطية الخاصة بتلك الخطة. دون الحاجة إلى تصريح، لن تدفع Medicare أو UnitedHealthcare Dual Complete™ مقابل الخدمات.

إذا ساعدك وكيل مبيعات في اختيار الخطة، فقد يتلقى وكيل المبيعات تعويضاً استناداً إلى تسجيلك في الخطة.

## الإفصاح عن المعلومات:

سوف نفصح عن معلوماتك، متضمنة بياناتك المتعلقة بالأدوية الموصوفة طبيًا لـ Medicare، عند الضرورة فقط، من أجل العلاج والسداد وعمليات الرعاية الصحية. كما يجوز لـ Medicare الإفصاح عن معلوماتك لأغراض الأبحاث وغيرها من الأغراض التي تمثل لجميع قوانين الحكومة الفيدرالية ولوائحها السارية. المعلومات الواردة في نموذج التسجيل هذا صحيحة حسب أفضل معرفة لديك. إذا ذكرت عن قصد معلومات خاطئة في هذا النموذج، فسوف يتم إلغاء تسجيلك في الخطة.

توقيعك (أو توقيع الشخص المفوض من قبلك للتصرف بالنيابة عنك وفقاً لقوانين الولاية التي تقيم فيها) على هذا الطلب يعني أنك قد قرأت محتوياته وفهمتاه. إذا تم التوقيع بواسطة فرد مفوض (كما هو موضح أعلاه)، فإن هذا التوقيع يقر بأن (1) هذا الشخص مفوض بموجب قانون الولاية لإكمال هذا التسجيل و(2) بأن وثائق هذا التفويض متوفرة عند الطلب من Medicare.

توقيع مقدم الطلب/العضو/الوكيل المفوض

تاريخ اليوم

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

س س س / ي ي / ش ش

اسم المشترك:

هذه الصفحة متروكة فارغة عن عمد.

9. إذا كنت أنت الوكيل المفوض، يتعين عليك التوقيع أعلاه وتوفير المعلومات التالية.	
اسم العائلة	الاسم الأول
العنوان	
المدينة	الولاية
رقم الهاتف	العلاقة بمقدم الطلب
10. لاستخدام مندوب/وكالة المبيعات المعتمدة فقط.	
عضو جديد <input type="checkbox"/>	اسم مجموعة صاحب العمل
تغيير الخطة <input type="checkbox"/>	رقم تعريف الفرع
معرف مجموعة صاحب العمل	من أين تم إصدار هذا الطلب؟
<input type="checkbox"/> برنامج البيع بالتجزئة/السوق التجاري <input type="checkbox"/> اجتماع الأعضاء <input type="checkbox"/> برنامج لتوسع الفعاليات محلياً <input type="checkbox"/> اجتماع المجتمع المحلي <input type="checkbox"/> برنامج B2B لتوسع الخدمات محلياً <input type="checkbox"/> أخرى	كيف تم إرسال هذا الطلب؟
<input type="checkbox"/> موعداً <input type="checkbox"/> بالبريد <input type="checkbox"/> أخرى	معرف مندوب/وكيل البيع المعتمد
تاريخ الإيصال الأولي	اسم مندوب/وكيل البيع المعتمد
س س س / ي ي / ش ش	اسم مندوب/وكيل البيع المعتمد
تاريخ السريان المقترح	رقم هاتف وكيل المبيعات المعتمد
س س س / ي ي / ش ش	<input type="checkbox"/> فترة التسجيل السنوية (AEP) <input type="checkbox"/> فترة اختيار التغطية الأولية (ICEP) (المسجلون في MA) <input type="checkbox"/> فترة التسجيل الأولية (IEP) (المسجلون في MA-PD) <input type="checkbox"/> فترة التسجيل الأولية (IEP) (المسجلون وافي MA-PD المؤهلون لفترة التسجيل الأولية (IEP) الثانية) <input type="checkbox"/> فترة التسجيل المفتوحة (OEPI) <input type="checkbox"/> فترة الاختيار الخاصة (SEP) (الحالات المزمناة) <input type="checkbox"/> فترة الاختيار الخاصة (SEP) (تأهيل مزدوج كامل وتأهيل مزدوج جزئي) <input type="checkbox"/> فترة الاختيار الخاصة (SEP) (السبب لـ SEP)
تاريخ التأهل لفترة الاختيار الخاصة (SEP)	توقيع وكيل المبيعات المعتمد (مطلوب)
س س س / ي ي / ش ش	

أقطع من هنا

أقطع من هنا

اسم المشترك:

هذه الصفحة متروكة فارغة عن عمد.

يتم تأمين الخطط من خلال شركة UnitedHealthcare Insurance Company أو إحدى الشركات التابعة لها، وهي مؤسسة توفر خطط Medicare Advantage مع عقد برنامج Medicare وهي راعٍ معتمد لتغطية أدوية القسم D من Medicare. يعتمد التسجيل في الخطة على تجديد عقد الخطة مع Medicare. تتوفر هذه المعلومات مجانًا باللغات الأخرى. يرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 1-888-834-3721، أو الهاتف النصي (TTY) على 711، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً بالتوقيت المحلي، 7 أيام في الأسبوع

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al número 1-888-834-3721, TTY 711, de 8 a.m. – 8 p.m. hora local, los 7 días de la semana.

本資訊也有其他語言的免費版本。請撥打 1-888-834-3721 聯絡我們的客戶服務部，聽語障專線711，每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。

هذه الصفحة متروكة فارغة عن عمد.