مكتب الإدارة والميزانية (OMB) رقم 0938-1378
تاريخ انتهاء الصلاحية: 31 ديسمبر 2026

Providence
Medicare Advantage Plans

نموذج طلب التسجيل في خطة Medicare Advantage لعام 2026

من يمكنه استخدام هذا النموذج؟

الأشخاص المستفيدون من برنامج Medicare الذين يرغبون في الانضمام إلى خطة Medicare Advantage

للانضمام إلى خطة، يجب عليك:

- أن تكون مواطنًا أمريكيًا أو مقيمًا بشكل قانوني في الولايات المتحدة
- أن تعيش في منطقة خدمة الخطة

هام: للانضمام إلى خطة Medicare Advantage، يجب أن تكون مسجلًا أيضًا في كل من:

- الجزء A من Medicare (تأمين المستشفى)
- الجزء B من Medicare (التأمين الطبي)

متى أستخدم هذا النموذج؟

يمكنك الانضمام إلى خطة:

- في الفترة بين 15 أكتوبر و7 ديسمبر من كل عام (للتغطية التي تبدأ في 1 يناير)
- في غضون 3 أشهر من الحصول على تغطية Medicare لأول مرة
- في حالات معينة يُسمح لك فيها بالانضمام إلى الخطط أو التبديل بينها

تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني **Medicare.gov** لمعرفة المزيد عن المواعيد التي يمكنك فيها التسجيل في إحدى الخطط.

ما الذي أحتاجه لملء هذا النموذج؟

- رقمك لدى Medicare (الرقم الموجود على بطاقة Medicare الحمراء والبيضاء والزرقاء)
- عنوانك الدائم ورقم هاتفك

ملاحظة: يجب عليك إكمال جميع البنود في القسم 1. البنود في القسم 2 اختيارية — ولا يمكن رفض تغطيتك بسبب عدم تعبئتها.

ما الذي سيحدث بعد ذلك؟

أرسل النموذج المكتمل والموقع باستخدام أحد الخيارات الثلاثة أدناه. بمجرد معالجة طلبك للانضمام، سيتصلون بك.

01 عبر البريد:
Providence Medicare Advantage Plans
P.O. Box 5548
Portland, OR 97228-5548

02 امسح الصفحات ضوئيًا وأرسلها بالفاكس إلى الرقم:
503-574-8653

03 امسح الصفحات ضوئيًا وأرسلها بالبريد الإلكتروني إلى:
provMedicare@providence.org

كيف أحصل على المساعدة بشأن هذا النموذج؟

- يُرجى الاتصال بمسؤولي Providence Medicare Advantage Plans على الرقم **503-574-6508** أو **1-855-234-2495 (الهاتف النصي TTY: 711)**.
- أو اتصل بمسؤولي Medicare على الرقم **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. الهاتف النصي TTY: **1-877-486-2048**.
- **En español:** Llame a Providence Medicare Advantage Plans al **503-574-6508** or **1-855-234-2495/TTY: 711** o a Medicare gratis al **1-800-633-4227** y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

الأفراد المشردون

في حال رغبتك في الانضمام إلى إحدى الخطط لكن ليس لديك محل إقامة دائم، يمكن اعتبار صندوق البريد أو عنوان المأوى أو العيادة أو العنوان الذي تتلقى فيه البريد (مثل شيكات الضمان الاجتماعي) عنوان إقامتك الدائم.

تذكيرات:

- إذا كنت ترغب في الانضمام إلى خطة خلال فترة التسجيل المفتوحة في الخريف (من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر)، يجب أن تتلقى الخطة النموذج المكتمل بحلول 7 ديسمبر.
- وسترسل لك خطتك فاتورة أقساط الخطة. ويمكنك اختيار التسجيل لخصم أقساطك من حسابك المصرفي أو من مخصصات الضمان الاجتماعي الشهرية (أو مجلس تقاعد السكك الحديدية).

وفقًا لقانون خفض الأعمال الورقية لعام 1995، لا يُطلب من أي شخص الاستجابة لجمع المعلومات ما لم تعرض رقم تحكم سارٍ صادر عن مكتب الإدارة والميزانية (OMB). رقم التحكم الساري الصادر عن مكتب الإدارة والميزانية فيما يتعلق بجمع المعلومات الحالي هو 0938-1378. ويتم تقدير الوقت اللازم لاستيفاء هذه المعلومات بحوالي 20 دقيقة لكل رد، بما في ذلك الوقت الخاص بمراجعة التعليمات، والبحث في موارد البيانات المتاحة، وتجميع البيانات اللازمة، واستيفاء ومراجعة جمع المعلومات الحالي. وإذا كانت لديك أي تعليقات بخصوص دقة تقدير الوقت أو اقتراحات لتعزيز هذا النموذج، يُرجى الكتابة إلى: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

هام: لا ترسل هذا النموذج أو أي مواد تحتوي على معلوماتك الشخصية (مثل المطالبات والمدفوعات والسجلات الطبية وما إلى ذلك) إلى مكتب تخليص تقارير قانون خفض الأعمال الورقية (PRA). وسيتم إتلاف أي مواد نتلقاها لا تتعلق بكيفية تحسين هذا النموذج أو عبء جمعها (الموضح في وثيقة مكتب الإدارة والميزانية (OMB) رقم 0938-1378). ولن يتم الاحتفاظ بها أو مراجعتها أو إعادة توجيهها إلى الخطة. يُرجى الاطلاع على قسم "ما الذي سيحدث بعد ذلك؟" في هذه الصفحة لإرسال النموذج المكتمل إلى الخطة.

القسم 1 – جميع الحقول في هذه الصفحة إلزامية (ما لم يتم تحديدها كاختيارية)

حدد الخطة التي ترغب في الانضمام إليها:

☐ Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) - 0 دولار شهريًا
* هذه الخطة لها متطلبات تسجيل خاصة. ولكي تكون مؤهلًا، يجب أن تكون مستحقًا للحصول على المزايا الكاملة لتأمين Medicaid و Medicare.

تاريخ بدء التغطية المطلوب (اختياري): ___ ___/___ ___/___ ___ ___ ___
(يجب أن يكون أول يوم في الشهر)

الاسم الأول ____________ الاسم الأخير ____________ الحرف الأول من الاسم الأوسط (اختيارية) ____

تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة) ___ ___/___ ___/___ ___ ___ ___ نوع الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى

رقم الهاتف (   )   -

عنوان شارع الإقامة الدائمة (لا تدخل رقم صندوق بريد. ملاحظة: بالنسبة للأشخاص الذين لا يملكون مأوى، يمكن اعتبار صندوق البريد عنوانًا لإقامتك الدائمة.): ____________

المدينة ____________ المقاطعة (اختيارية) ____________ الولاية ____ الرمز البريدي ____________

العنوان البريدي، إذا كان مختلفًا عن عنوانك الدائم (يُسمح بوضع صندوق البريد):

عنوان الشارع ____________

المدينة ____________ الولاية ____________ الرمز البريدي ____________

بياناتك لدى Medicare:

رقم Medicare ___ ___ ___ ___-___ ___ ___-___ ___ ___ ___

المستشفى (الجزء A) تاريخ السريان (اختياري) ___ ___/___ ___/___ ___ ___ ___

الرعاية الطبية (الجزء B) تاريخ السريان (اختياري) ___ ___/___ ___/___ ___ ___ ___

يُرجى الإجابة عن هذه الأسئلة المهمة:

هل ستحصل على تغطية أخرى بالإضافة إلى Providence Medicare Advantage Plans؟ ☐ نعم ☐ لا

قد يكون لدى بعض الأفراد تغطية أخرى، بما في ذلك تأمين خاص آخر،
أو TRICARE، أو تغطية الرعاية الصحية للموظفين الفيدراليين، أو مزايا المحاربين
القدامى (VA)، أو برامج المساعدة الصيدلانية التابع للولاية.

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى ذكر التغطية الأخرى والرقم التعريفي (ID) الخاص بهذه التغطية.

____
اسم التغطية الأخرى

______________________________ ______________________________
رقم العضوية لهذه التغطية رقم المجموعة لهذه التغطية

ضع إشارة بجانب كل عبارة صحيحة: ☐ طبية ☐ البصر ☐ الأسنان ☐ الوصفات الطبية

هل أنت مسجل في برنامج Medicaid الخاص بولايتك؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم رقمك لدى Medicaid: ______________________________

هل تتمتع بمزايا Oregon Health Plan (Medicaid) الكاملة؟ ☐ نعم ☐ لا

هام: اقرأ ووقع أدناه:

- يجب أن أظل مسجلاً في كل من تأمين المستشفى (الجزء A) والتأمين الطبي (الجزء B) للاستمرار في Providence Medicare Advantage Plans.
- بالانضمام إلى خطة Medicare Advantage هذه، أقر بأن Providence Medicare Advantage Plans ستشارك معلوماتي مع Medicare، والتي قد تستخدمها لتتبع تسجيلي، ولإجراء 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 الرد على التسجيل في الخطة.
- أدرك أنه لا يمكنني التسجيل في أكثر من خطة واحدة من خطط Medicare Advantage في الوقت نفسه — وأن التسجيل في هذه الخطة سيؤدي تلقائيًا إلى إنهاء تسجيلي في خطة Medicare Advantage الأخرى (تنطبق استثناءات على خطط MA PFFS و MA MSA).
- أدرك أنه عند بدء تغطية Providence Medicare Advantage Plans، يجب أن أحصل على جميع مزايا الرعاية الطبية والأدوية التي تستلزم وصفة طبية من خلال Providence Medicare Advantage Plans. وسيتم تغطية المزايا والخدمات التي تقدمها Providence Medicare Advantage Plans والواردة في وثيقة "إثبات التغطية" لتأمين Providence Medicare Advantage Plans (المعروفة أيضًا باسم عقد العضوية أو اتفاقية المشترك). لن تدفع Medicare ولا Providence Medicare Advantage Plans تكاليف أي مزايا أو خدمات غير مشمولة بالتغطية.
- المعلومات الواردة في نموذج التسجيل هذا صحيحة حسب علمي. وأدرك أنه إذا قدمت معلومات كاذبة عن قصد في هذا النموذج، فسيتم إلغاء تسجيلي في الخطة.
- أدرك أن توقيعي (أو توقيع الشخص المخول قانونًا للتصرف نيابة عني) على هذا الطلب يعني أنني قد قرأت وفهمت محتويات هذا الطلب. وفي حالة التوقيع من قبل ممثل مفوض (كما هو موضح أعلاه)، فإن هذا التوقيع يؤكد على ما يلي:
  1. أن هذا الشخص مفوض بموجب قانون الولاية لإكمال عملية التسجيل هذه،
  2. تتوفر وثائق إثبات هذه الصلاحية عند طلبها من Medicare.

التوقيع ____________________

تاريخ اليوم ___ ___/___ ___/___ ___

إذا كنت الممثل المعتمد، فيُرجى التوقيع أعلاه وتعبئة هذه الحقول:

الاسم ____________________

العنوان ____________________

رقم الهاتف (   )   -

العلاقة بالمشترك ____________________

القسم 2 – جميع الحقول في هذه الصفحة اختيارية

يحق لك اختيار الإجابة على هذه الأسئلة. ولا يمكن رفض تغطيتك بسبب عدم تعبئة هذه الحقول.

اذكر اسم مقدم الرعاية الأولية (PCP) أو العيادة أو المركز الصحي:

____

إذا لم تقدم بيانات مقدم رعاية أولية، فسيتم تعيين أحدهم لك.

☐ يُرجى تحديد هذا المربع في حال رغبتك في تلقي المعلومات باللغة الإسبانية.

☐ يُرجى تحديد هذا المربع في حال رغبتك في تلقي المعلومات باللغة الفيتنامية.

☐ يُرجى تحديد هذا المربع في حال رغبتك في تلقي المعلومات باللغة الروسية.

☐ يُرجى تحديد هذا المربع في حال رغبتك في تلقي المعلومات باللغة الصينية المبسطة

☐ يُرجى تحديد هذا المربع في حال رغبتك في تلقي المعلومات باللغة العربية.

☐ يُرجى تحديد هذا المربع في حال رغبتك في تلقي المعلومات باللغة الصومالية.

يُرجى تحديد خيار واحد إذا كنت تريد أن نرسل لك المعلومات بتنسيق يُسهل حصولك عليها.

☐ طريقة برايل ☐ طباعة بخط كبير ☐ قرص مضغوط صوتي ☐ قرص مضغوط للبيانات

يُرجى الاتصال بمسؤولي Providence Medicare Advantage Plans على الرقم **1-800-603-2340** أو **503-574-8000** إذا كنت بحاجة إلى معلومات بتنسيق يمكن الوصول إليه بخلاف ما هو مذكور أعلاه. نعمل من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً طوال أيام الأسبوع، من 1 أكتوبر حتى 31 مارس، ومن الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً من الإثنين إلى الجمعة، من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر (بتوقيت المحيط الهادئ).

هل تعمل؟
☐ نعم ☐ لا

هل يعمل زوجك/زوجتك؟
☐ نعم ☐ لا

____
عنوان البريد الإلكتروني

فقط للأفراد الذين يساعدون المشترك في تعبئة هذا النموذج

يُرجى إكمال هذا القسم إذا كنت فردًا (مثل الوكلاء أو الوسطاء أو مستشاري SHIP أو أفراد العائلة أو أطراف ثالثة أخرى) تساعد أحد المسجلين في ملء هذا النموذج.

الاسم ______________________ العلاقة بالمشترك ______________________

التوقيع ______________________ التاريخ ______________________

رقم المنتج الوطني (الوكلاء/الوسطاء فقط) ______________________

بيان قانون الخصوصية

تجمع مراكز خدمات **Medicare** و **Medicaid** (CMS) معلومات من خطط **Medicare** لتتبع تسجيل المستفيدين في خطط **Medicare Advantage** (MA) وتحسين الرعاية ودفع تكاليف مزايا **Medicare**. وتسمح المادة 1851 من قانون الضمان الاجتماعي والمادة 42 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR) القسمان 422.50 و422.60 بجمع هذه المعلومات. وقد تستخدم خدمات التأمين الصحي (CMS) بيانات التسجيل من المستفيدين من **Medicare** وتكشفها وتتبادلها كما هو محدد في إشعار نظام السجلات (SORN) "**Medicare Advantage Prescription Drug** (MARx)" (الأدوية التي تستلزم وصفة طبية من **Medicare Advantage**)، النظام رقم 09-70-0588. إجابتك على هذا النموذج طوعية. ومع ذلك، قد يؤثر عدم الرد على التسجيل في الخطة.

شهادة الأهلية لفترة التسجيل

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

يُرجى قراءة البيانات التالية بعناية ووضع علامة داخل المربع إذا كانت العبارة تنطبق عليك. ومن خلال تحديد أي من المربعات التالية، فإنك تُقر، على حد علمك، بأنك مؤهل لفترة التسجيل. إذا تبين لنا لاحقًا أن هذه المعلومات غير صحيحة، فقد يتم إلغاء تسجيلك.

☐ أنا جديد في Medicare.

☐ سأترك تغطية جهة العمل أو النقابة في
(أدخل التاريخ):____ ____/____ ____/____ ____

☐ طرأ تغيير مؤخرًا على المساعدة الإضافية التي أحصل عليها لدفع تكاليف تغطية الأدوية التي تستلزم وصفة طبية من Medicare (حصلت على مساعدة إضافية حديثًا، أو طرأ تغيير على مستوى المساعدة الإضافية التي أحصل عليها، أو فقدت المساعدة الإضافية) في
(أدخل التاريخ):____ ____/____ ____/____ ____

☐ سأقوم بالتسجيل خلال فترة التسجيل السنوية (من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر)

☐ سأقوم بالتسجيل خلال فترة التسجيل الخاصة (أدخل فترة التسجيل الخاصة المستخدمة) ____________________

☐ أنا مسجل في خطة Medicare Advantage وأرغب في إجراء تغيير خلال فترة التسجيل المفتوحة في Medicare Advantage (MA OEP) (في الفترة من 1 يناير إلى 31 مارس أو سجلتُ مؤخرًا في خطة MA خلال فترة اختيار التغطية الأولية).

☐ انتقلت مؤخرًا خارج منطقة الخدمة لخطتي الحالية أو انتقلت مؤخرًا وتوفرت لي خيارات جديدة. انتقلت في
(أدخل التاريخ):____ ____/____ ____/____ ____

☐ تم الإفراج عني مؤخرًا من السجن. أُطلق سراحي في
(أدخل التاريخ):____ ____/____ ____/____ ____

☐ عدتُ مؤخرًا إلى الولايات المتحدة بعد أن عشت بشكل دائم خارج الولايات المتحدة. عدتُ إلى الولايات المتحدة في
(أدخل التاريخ):____ ____/____ ____/____ ____

☐ حصلت مؤخرًا على وضع الإقامة القانونية في الولايات المتحدة. حصلت على هذا الوضع في
(أدخل التاريخ):____ ____/____ ____/____ ____

☐ طرأ تغيير مؤخرًا في اشتراكي في خطة Medicaid (اشتركت في Medicaid مؤخرًا، أو طرأ تغيير على مستوى المساعدة التي أحصل عليها من Medicaid، أو فقدت تغطية Medicaid) في
(أدخل التاريخ):____ ____/____ ____/____ ____

☐ أنا مشترك في برنامج مؤهل للمساعدة الصيدلانية تابع للولاية، أو أنا على وشك فقدان المساعدة من برنامج مساعدة صيدلانية تابع للولاية.
تاريخ التسجيل
(أدخل التاريخ):____ ____/____ ____/____ ____
تاريخ فقدان الأهلية أو تاريخ الإخطار، أيهما يأتي لاحقًا
(أدخل التاريخ):____ ____/____ ____/____ ____

☐ تركتُ مؤخرًا برنامج PACE في
(أدخل التاريخ):____ ____/____ ____/____ ____

☐ سأنتقل إلى منشأة للرعاية طويلة الأجل (على سبيل المثال، دار رعاية المسنين أو غير ذلك من منشآت الرعاية طويلة الأجل)، أو أقيم فيها حاليًا، أو انتقلت منها مؤخرًا).
انتقلت/سأنتقل إلى المنشأة في
(أدخل التاريخ):____ ____/____ ____/____ ____
انتقلت/سأنتقل من المنشأة في
(أدخل التاريخ):____ ____/____ ____/____ ____

☐ فقدت مؤخرًا تغطيتي للأدوية التي تستلزم وصفة طبية (تغطية مماثلة لتغطية Medicare) بشكل غير طوعي.
فقدت تغطية الأدوية في
(أدخل التاريخ):____ ____/____ ____/____ ____

☐ ستنتهي خطة التأمين الصحي الخاصة بي مع Medicare، أو ستنتهي Medicare عقدها مع خطتي
(أدخل التاريخ):____ ____/____ ____/____ ____

☐ قامت Medicare (أو ولايتي) بتسجيلي في خطة ما وأريد اختيار خطة مختلفة. بدأ تسجيلي في تلك الخطة في
(أدخل التاريخ):____ ____/____ ____/____ ____

☐ كنت مسجلًا في خطة الاحتياجات الخاصة (SNP) لكنني فقدت المؤهلات الخاصة المطلوبة للبقاء في تلك الخطة. تم إلغاء تسجيلي في خطة الاحتياجات الخاصة في
(أدخل التاريخ):____ ____/____ ____/____ ____

☐ تلقيت مؤخرًا إشعارًا بتحديد استحقاق Medicare بتاريخ سريان ذي أثر رجعي. (يُرجى إرفاق نسخة من إشعار الاستحقاق الخاص بك). تم إخطاري في
(أدخل التاريخ):____ ____/____ ____/____ ____

☐ تأثرت بحالة طوارئ أو كارثة كبرى (حسب إعلان وكالة إدارة الطوارئ الفيدرالية (FEMA) أو هيئة حكومية فيدرالية أو تابعة لولاية أو محلية).

ينطبق عليّ أحد البيانات الأخرى الواردة هنا، لكنني لم أتمكن من تقديم طلبي للتسجيل بسبب حدوث كارثة. اسم الكارثة التي تأثرت بها:

____

فترة الأهلية التي فاتتني بسبب الكارثة: (على سبيل المثال، فترة التسجيل الأولي، فترة التسجيل السنوي، فترة التسجيل المفتوحة، أو فترة التسجيل الخاصة).

____

☐ لديّ اشتراك في برنامج Medicare وأحصل على مزايا Medicaid الكاملة. أرغب في الانضمام إلى خطة تنسق التغطية بين خطط الرعاية المدارة من Medicare و Medicaid (تسمى خطة الاحتياجات الخاصة المزدوجة المؤهلة المتكاملة (D-SNP)) أو التبديل إليها.

إذا كنت مؤهلًا للاشتراك في سبتمبر التالي، فيُرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 1-800-Medicare

- تم إلغاء التسجيل بسبب عقوبة متعلقة بخدمات التأمين الصحي (CMS)
- لم يتم إخطارك بشكل كافٍ بفقدان التغطية المعتمدة
- تأثرت بتغيير هام في شبكة مقدمي الخدمة حددته خدمات التأمين الصحي (CMS)
- تم تسجيلي في خطة انتهكت عقدها بشكل جسيم
- لديك ظروف استثنائية خارجة عن إرادتك حالت دون تقديم طلبك في الوقت المناسب للتسجيل في خطة خلال فترة الاختيار الصالحة
- حدث تضليل تسويقي أثناء تسجيلك في إحدى الخطط أو فصلك منها
- تم تسجيلك أو إلغاء تسجيلك في الجزء D بسبب خطأ من موظف فيدرالي

إذا لم تنطبق عليك أي من هذه العبارات أو إذا لم تكن متأكدًا، يُرجى الاتصال بمسؤولي Providence Medicare Advantage Plans على الرقم **1-800-603-2340** أو **503-574-8000** (ويمكن لمستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال بالرقم 711) لمعرفة ما إذا كنت مؤهلًا للتسجيل. نعمل من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً طوال أيام الأسبوع، من 1 أكتوبر حتى 31 مارس، ومن الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً من الإثنين إلى الجمعة، من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر (بتوقيت المحيط الهادئ).

Providence
Medicare Advantage Plans