



FOOMKA CODSIGA ISQORISTA SHAQSIYEED

BUUXI FOOMKAN OO BOOSTADA U DIR:

Ohio Medicaid Consumer Hotline
505 South High Street, Suite 200
Columbus, Ohio 43215
ama **FAX TO:** (614) 280-0977
SU'aalaha? Wac (800) 324-8680

Si aad u qorto Qorshaha MyCare Ohio, waa inaad haysataa **Medicare Qaybta A (Caymiska Isbitaalka), Medicare Qaybta B (Caymiska Caafimaadka),** iyo **Ohio Medicaid**

1. Dooro Qorshaha Medicaid ee aad rabto inaad iska diiwaangeliso:

[Fiiri sanduuqa ku xiga qorshaha aad rabto inaad iska diiwaangeliso.]

☐ Anthem BCBS ☐ CareSource ☐ Molina

2. Macluumaadkaaga

[Fadlan buuxi meelaha hoose. Hubso inaad si cad u daabacdo.]

Magacaaga [koowaad, dhexda, ugu dambeeyay]			
Lambarka Telefoonka:	Lambarka taleefanka labaad:	Cinwaanka emailka:	
Cinwaanka guriga:			
Magaalada:	Gobolka:	Lambarka furaha:	County:
Magaca xiriirka xaaladaha degdegga ah:		Lambarka taleefanka ee xaaladaha degdegga ah:	
Lambarka Biilasha Medicaid		Lambarka Kiiska	

3. Noo sheeg halka aad inta badan ka hesho adeegyada caafimaadka:
[Fadlan si cad u daabaca.]

Magaca bixiyaha daryeelka aasaasiga ah, rugta caafimaadka, ama xarunta caafimaadka

Lambarka Telefoonka Bixiyaha Daryeelka Aasaasiga ah:

4. Haddii aad jeclaan lahayd in qorshahaaga MyCare uu daboolo labadaba adeegyadaada Medicare iyo Medicaid, fadlan si toos ah ula xiriir qorshayaasha lambarrada hoos ku qoran.

Anthem Blue Cross iyo Blue Shield: 1-833-727-2169

CareSource: 1-844-607-2830

Molina Healthcare of Ohio: 1-844-293-2891

5. Si aad u hesho macluumaad dheeraad ah.

- Haddii aad qabtid su'aalo ku saabsan Medicare, waxaad wici kartaa **800-MEDICARE (800-633-4227)** 24 saacadood maalintii, toddoba maalmood usbuucii ama booqo <http://www.medicare.gov>. Isticmaalayaasha TTY waa inay wacaan 877-486-2048.
- Xafiiska Wakiilka Daryeelka Muddada-dheer ee Gobolka wuxuu u ololeeyaa macaamiisha hela adeegyo iyo taageero muddo-dheer ah. Xubnaha MyCare Ohio, caawimaad ku saabsan walaaca ku saabsan dhinac kasta oo daryeel ah waxaa laga heli karaa iyada oo loo marayo MyCare Ohio Ombudsman. Caawimaad ayaa la heli karaa si loo ururiyo macluumaadka ku saabsan xulashooyinkaaga, ilaalinta xuquuqda iyo fayl cabashooyin ama racfaan qorshe kasta oo caafimaad. La xiriir wakiilka adoo wacaya **800-282-1206** (TTY Ohio Relay Service: 800-750-0750), Isniinta ilaa Jimcaha 8 subaxnimo - 5 galabnimo Waxaad sidoo kale la xiriiri kartaa wakiilka adigoo emayl u diraya MyCareOmbudsman@age.ohio.gov.

Barnaamijka Macluumaadka Caymiska Caafimaadka ee Sare ee Ohio (OSHIIP) wuxuu bixiyaa macluumaad bilaash ah oo ujeeddo leh oo ku saabsan qorshayaasha Medicare ee aad heli karto. La xiriir OSHIIP adoo wacaya **(800) 686-1578**, Isniinta ilaa Jimcaha 8 subaxnimo ilaa 5 galabnimo. Waxa kale oo aad la xiriiri kartaa OSHIIP adoo email u diraya OSHIIPmail@insurance.ohio.gov

6. Fadlan hoos ka akhri oo saxiix.

Markaad saxiixdo foomkan, waxay ka dhigan tahay inaad fahamto waxyaabaha soo socda:

• Qorshayaasha MyCare Ohio waxay qandaraas la leeyihiin dowladda federaalka iyo Ohio. • Adeegyada caafimaadka ee aad ka hesho qorshahaaga cusub ayaa laga yaabaa inay ka duwan yihiin adeegyadii aad horey u haysatay. • Waa inaan hayaa Qaybta A, Qaybta B iyo Ohio Medicaid. • Waxaan ku jiri karaa hal qorshe oo keliya oo Medicare ah markiiba. • Waa inaan u sheegaa Medicare iyo Ohio Medicaid wixii caymis ah oo daawo dhakhtar qoro oo aan haysto ama laga yaabo inaan helo mustaqbalka. • Haddii aan u dhaqaaqo, waxaan u baahanahay inaan u sheego shaqaalaha kiiska degmadayda. • Aniga oo xubin ka ah MyCare Ohio, waxaan xaq u leeyahay inaan racfaan ka qaato haddii aanan ku raacsanayn go'aannada qorshahayga ee ku saabsan bixinta ama adeegyada. • Waxaan fahamsanahay in buug-gacmeedka xubinnimada qorshahayga MyCare Ohio ay ku jiraan xeerarka ay tahay inaan raaco. • MyCare Ohio badanaa ma daboolo dadka inta ay ka baxsan yihiin gobolka, laakiin waxaa laga yaabaa inay jiraan xoogaa caymis xaddidan oo ku baahsan xadka gobolka Ohio. • Taariikhda caymiskaygu bilaabmayo, waa inaan daryeelayga caafimaad ka helaa bixiyeyaasha qorshahayga, marka laga reebo daryeel degdeg ah ama daryeel degdeg ah oo loo baahan yahay. • Qorshahaygu wuxuu dabooli doonaa daryeelayga caafimaad bixiyeyaasha shabakadooda iyo bixiyeyaasha kale sida ku xusan buug-gacmeedkooda xubinta.	• Markaan iska diiwaangelinayo qorshaha MyCare Ohio, waan ogahay in qorshahaygu uu macluumaadkayga la wadaagi karo Medicare iyo Ohio Medicaid iyo qorshayaasha kale sida lagama maarmaanka u ah daaweynta, bixinta, iyo howlaha daryeelka caafimaadka. • Waan fahamsanahay in daawooyinka la qoro la daboolayo, laakiin had iyo jeer ma ahan kuwo la mid ah kuwa aan horeyba u qaatay. Waan fahamsanahay inaan heli doono daawooyinkayga hadda jira ugu yaraan 30 maalmood, illaa aan u beddeli karo daawooyin kala duwan. • Waan ogahay in qorshahayga MyCare Ohio uu la wadaagi karo macluumaadkayga, oo ay ku jiraan xogtayda dhacdooyinka daawada dhakhtarka qoro, Medicare iyo Ohio Medicaid. Waxay u sii deyn karaan cilmi baaris iyo ujeedooyin kale, sida ay oggol yihiin qawaaniinta iyo qawaaniinta federaalka. • Macluumaadka ku jira foomkan waa mid sax ah inta aan ogahay. Waxaan fahamsanahay in haddii aan si ula kac ah u bixiyo macluumaad been ah oo ku saabsan foomkan, waxaa laga saari doonaa MyCare Ohio. • Saxiixayga (ama saxiixa wakiilkayga la oggol yahay) ee foomkan waxay ka dhigan tahay inaan akhriyay oo aan fahmay foomkan. Haddii la oggol yahay saxiixa wakiilka, saxiixa qofka wuxuu ka dhigan yahay in isaga ama iyadu loo oggol yahay sharciga Gobolka inuu dhammaystiro diiwaangelintan, iyo dukumiintiyada awooddan ayaa la heli karaa marka laga codsado Medicare iyo / ama Ohio Medicaid.
--	--

Saxiixaaga: _____

Taariikhda: _____

Macluumaadka ku saabsan wakiilkaaga la oggol yahay, haddii ay khuseeyso:

Haddii aad tahay wakiilka la oggol yahay, waa inaad bixisaa macluumaadka soo socda, saxiixa, iyo

Magaca: _____

Saxiixa: _____

Taariikhda: _____

Cinwaanka: _____

Lambarka taleefanka: _____

Xiriirka qofka la leh Medicare iyo Medicaid: _____

Haddii aad u baahan tahay macluumaad dheeraad ah, su'aalo qabtid, ama aad u baahan tahay wax caawimaad ah oo ku saabsan foomkan sida tarjumaadda, wac Khadka Macaamiisha ee Ohio Medicaid (800) 324-8680, Isniinta ilaa Jimcaha 7:00 subaxnimo ilaa 8:00 galabnimo iyo Sabtida 8:00 subaxnimo ilaa 5:00 galabnimo, ama booqo www.ohiomh.com.