



استمارة تغيير خطة Blue Shield of California Medicare Advantage

يجوز لأعضاء خطة Blue Shield of California Medicare Advantage الحالية استخدام استمارة التسجيل القصيرة هذه للتسجيل في خطة Medicare Advantage المقدمة من Blue Shield of California.

يرجى إرسال استمارة التسجيل المكتملة بالفاكس أو البريد إلى:
الفاكس: (877) 251-3660

عنوان البريد: Blue Shield of California, PO Box 948, Woodland Hills, CA 91365-9856

أنا حاليًا عضو في خطة _____ في _____
بقسط شهري قدره \$ أمريكي.

اختر الخطة التي ترغب في الانضمام إليها:

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

مقاطعات San Diego/Los Angeles (مبلغ \$0 لكل شهر)

أدرك أن هذه الخطة لها مزايا صحية مختلفة وقد تكلف قسطًا شهريًا، حسب ما ورد أعلاه.

رقم العضو:

اسم العائلة:	الاسم الأول:	الحرف الأول من الاسم الأوسط (اختياري):
--------------	--------------	--

رقم الهاتف:	نوع الهاتف: <input type="checkbox"/> خط أرضي <input type="checkbox"/> محمول
-------------	---

عنوان الشارع الدائم: (لا تُدخل عنوان صندوق بريدي)

عنوان الشارع

المدينة	الولاية	الرمز البريدي
---------	---------	---------------

عنوان المراسلات، إذا كان مختلفًا عن عنوانك الدائم (يُسمح بإدخال الصندوق البريدي):

عنوان الشارع

المدينة	الولاية	الرمز البريدي
---------	---------	---------------

اسم طبيب الرعاية الأولية (PCP) أو العيادة التي اخترتها (HMO فقط):

لك مطلق الحرية في الإجابة عن هذه الأسئلة. ولا يجوز رفض منحك تغطية تأمينية لأنك لم تكملها.

هل أنت من أصول هيسبانية أو لاتينية أو إسبانية؟ اختر كل ما ينطبق.

- لا، لست من أصول هيسبانية أو لاتينية أو إسبانية نعم، مكسيكي، أمريكي مكسيكي، شيكانو
 نعم، بورتوريكي نعم، مكسيكي، أمريكي مكسيكي، شيكانو
 نعم، من أصول هيسبانية أو لاتينية أو إسبانية أخرى نعم، مكسيكي، أمريكي مكسيكي، شيكانو
 أختار عدم الإجابة. نعم، مكسيكي، أمريكي مكسيكي، شيكانو

ما عرقك؟ اختر كل ما ينطبق.

- من الهنود الأمريكيين أو سكان ألاسكا الأصليين أسود أو أمريكي إفريقي
 آسيوي: من سكان هاواي أو جزر المحيط الهادي الأصليين:
 هندي آسيوي من غوام أو شعب الشامورو
 صيني من سكان هاواي الأصليين
 فلبيني من ساموا
 ياباني من جزر المحيط الهادي الأخرى
 كوري أبيض
 فيتنامي أختار عدم الإجابة.
 من أصول آسيوية أخرى

اختر إجابة واحدة إذا كنت ترغب في أن نرسل لك المعلومات بلغة أخرى غير الإنجليزية.

- العربية الصينية (المبسطة) الكورية التاغالوغية
 الأرمنية الصينية (التقليدية) الروسية الفيتنامية
 الكمبودية الفارسية الإسبانية

اختر إجابة واحدة إذا كنت ترغب في أن نرسل لك المعلومات بصيغة مناسبة لك.

- لغة برايل بنط كبير قرص صوتي مضغوط

يرجى الاتصال بخدمة العملاء لدى D-SNP على الهاتف (711 TTY: 4413-452) (800) إذا كنت تريد المعلومات بصيغة مناسبة لك أو بلغة أخرى غير واردة في القائمة أعلاه. ساعات العمل لدينا من الساعة 8 صباحاً حتى الساعة 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع.

رقم الهاتف المحمول:

عنوان البريد الإلكتروني:

تقديم بريدك الإلكتروني أعلاه يسجلك تلقائياً في خدمة البريد اللاورقية لبعض المراسلات بشأن خطتك.

وستحصل على العديد من المراسلات المطلوبة بشأن خطتك إلكترونياً. سنرسل لك رسالة بالبريد الإلكتروني عند توفر مراسلات جديدة عبر الإنترنت (على سبيل المثال: شرح المزايأ أو الإشعار السنوي للتغييرات). ويمكنك الاطلاع على هذه المراسلات من خلال أي جهاز مثل حاسوب أو حاسوب لوحي أو هاتف محمول.

بدلاً من البريد اللاورقي، سنرسل لك نسخ ورقية من المراسلات المطلوبة. يرجى الملاحظة أن بعض المراسلات كبيرة للغاية وقد لا يكون حجم صندوق البريد كافيًا لها. ويجوز لك تغيير تفضيلاتك بشأن البريد في أي وقت.

دفع أقساط خطتك

يمكنك دفع أقساط خطتك الشهرية (بما في ذلك أي غرامة تسجيل متأخرة تدفعها أو مستحقة عليك) عبر البريد كل شهر. إذا كان لخطتك قسط مستحق، فستتلقى فاتورة شهرية تشمل المبلغ وتاريخ استحقاق الدفعة التالية، أو يمكنك اختيار دفع قسطك باستقطاعها تلقائياً من استحقاقات الضمان الاجتماعي أو Railroad Retirement Board (RRB)، مجلس المتقاعدين العاملين في هيئة السكك الحديدية) كل شهر. لمعرفة المزيد عن خيارات الدفع المتاحة لك، تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني blueshieldca.com/medicarewaystopay أو اتصل بخدمة العملاء لبرنامج D-SNP على الهاتف (800) 452-4413 (TTY: 711).

الخصم المباشر من الشيك الشهري لاستحقاقات الضمان الاجتماعي أو Railroad Retirement Board (RRB).
أحصل على استحقاقات شهرية من: الضمان الاجتماعي RRB

(الاستقطاع من شيك استحقاقات الضمان الاجتماعي أو Railroad Retirement Board قد يستغرق شهر أو شهرين قبل أن يبدأ. في معظم الحالات، إذا قِيلَ الضمان الاجتماعي / Railroad Retirement Board طلبك للاستقطاع التلقائي، فسيضمن الاستقطاع الأول من شيك استحقاقات الضمان الاجتماعي / Railroad Retirement Board جميع الأقساط المستحقة اعتباراً من تاريخ نفاذ تسجيلك حتى تاريخ بدء الصرف. إذا لم يوافق الضمان الاجتماعي / Railroad Retirement Board على طلبك للاستقطاع التلقائي، فترسل لك فاتورة ورقية لأقساطك الشهرية).

إذا تم تقييم دخلك حسب الجزء D لتعديل المبلغ الشهري المتعلق بالدخل، فستبلغك إدارة الضمان الاجتماعي بذلك. وستكون مسؤولاً عن دفع هذا المبلغ الإضافي بالإضافة إلى قسط خطتك. وسيخصم المبلغ من شيك استحقاقات الضمان الاجتماعي الخاص بك أو سترسل إليك الفاتورة مباشرة من Medicare أو Railroad Retirement Board.

لا تدفع ل Blue Shield of California مبلغ جزء D-IRMAA.

قد يكون الأفراد محدودو الدخل مؤهلين للحصول على إعانة إضافية على دفع تكاليف الأدوية الموصوفة لهم. إذا كنت مؤهلاً لذلك، فيمكن أن يدفع برنامج Medicare نسبة 75% أو أكثر من تكاليف الأدوية الخاصة بك بما في ذلك أقساط الأدوية الشهرية والمبالغ المقتطعة السنوية والتأمين المشترك. بالإضافة إلى ذلك، لن يتحمل أولئك المؤهلون عبء فجوة في التغطية أو عقوبة تسجيل متأخر. الكثير مؤهلون للحصول على هذه الإعانات ولا يعرفون ذلك. لمزيد من المعلومات حول هذه الإعانة الإضافية، اتصل بمكتب الضمان الاجتماعي المحلي الذي تتبع له، أو اتصل بالضمان الاجتماعي على الهاتف (800) 772-1213. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم (800) 325-0778. يمكنك أيضاً التقدم بطلب للحصول على إعانة إضافية عبر الإنترنت على www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

إذا كنت مؤهلاً للحصول على إعانة إضافية فيما يتعلق بتكاليف تغطية الأدوية الموصوفة طبيًا من برنامج Medicare، فسيدفع برنامج Medicare كل قسط خطتك أو جزء منها. إذا دفع برنامج Medicare جزء من قسطك فقط، سنصدر فاتورة لك مقابل المبلغ الذي لا يغطيه Medicare.

يرجى قراءة ما يلي والتوقيع عليه

Blue Shield of California هي خطة متعاقدة مع الحكومة الفيدرالية.

أدرك أنه إذا كنت أتلقى المساعدة من وكيل للمبيعات أو وسيط أو أي فرد آخر موظف لدى Blue Shield of California أو متعاقد معها، فقد يتم الدفع له حسب تسجيلي في Blue Shield of California.

الكشف عن المعلومات: بالانضمام إلى خطة Medicare الصحية، أقر أن خطة Medicare الصحية ستكشف عن معلوماتي إلى خطة Medicare والخطط الأخرى حسب الضرورة العلاجية وعملية الدفع وإجراءات الرعاية الصحية. كما أقر أن Blue Shield of California ستكشف عن معلوماتي، بما في ذلك بيانات وقائع الأدوية الموصوفة طبيًا، إلى Medicare، التي قد تنشرها لأغراض بحثية ولأغراض أخرى بموجب جميع القوانين واللوائح الفيدرالية المعمول بها. المعلومات الواردة في استمارة التسجيل هذا صحيحة على حد علمي. أدرك أنه إذا قُدِّمت عن قصد معلومات خاطئة في هذه الاستمارة، فسيتم إلغاء تسجيلي من الخطة. أدرك أن الأفراد المشاركين في برنامج Medicare ليس لديهم تغطية من برنامج Medicare أثناء وجودهم خارج البلاد، باستثناء التغطية المحدودة بالقرب من الحدود الأمريكية.

أدرك أنه اعتبارًا من تاريخ بدء تغطية خطة Blue Shield Medicare Advantage HMO Plan، يجب أن أحصل على كل خدمات الرعاية الصحية من Blue Shield of California، باستثناء خدمات الرعاية الطارئة أو العاجلة أو خدمات الديال الكلوي خارج منطقة التغطية.

ستتم تغطية الخدمات المصرح بها من قبل Blue Shield of California والخدمات الأخرى الواردة في وثيقة إثبات التغطية الخاصة بي من Blue Shield of California (المعروفة أيضًا باسم "عقد العضو" أو "اتفاق المشترك"). بدون تصريح مسبق، لن تدفع Medicare ولا BLUE SHIELD OF CALIFORNIA مقابل الخدمات.

أدرك أن توقيعني (أو توقيع الفرد المفوض بالتصرف بالنيابة عني بموجب قوانين الولاية التي أقيم فيها) على هذا الطلب يعني أنني قرأت محتويات هذا الطلب وفهمتها. في حال التوقيع من قبل فرد مفوض (كما هو موضح أعلاه)، فإن هذا التوقيع يقر ما يلي: (1) هذا الفرد مفوض له بموجب قانون الولاية بإكمال هذا التسجيل (2) وتوثيق هذه السلطة متاح عند الطلب من Medicare.

التوقيع:	تاريخ اليوم (شهر/يوم/سنة):
----------	----------------------------

إذا كنت ممثلًا مفوضًا، فعليك التوقيع في الصفحة السابقة وتقديم المعلومات التالية:

الاسم:

العنوان:

الولاية الرمز البريدي

المدينة

رقم الهاتف:

علاقته بالعضو المسجل:

معلومات وكيل التأمين: اسم وكيل التأمين ورقم التعريف أو (NPN) National Producer Number، رقم المنتج الوطني) **مطلوب.**

اسم الوكالة:

(يرجى كتابة اسم الوكالة المعيّنة بحروف واضحة)

رقم تعريف الوكالة:

(يرجى كتابة رقم التعريف الضريبي للوكالة بحروف واضحة)

اسم وكيل التأمين (الذي كتب الطلب) (مطلوب):

(يرجى كتابة اسم وكيل التأمين الذي كتب الطلب، بحروف واضحة)

رقم تعريف وكيل التأمين:

(يرجى كتابة رقم التعريف الضريبي لوكيل التأمين بحروف واضحة)

رقم NPN أو Tax Identification Number (TIN، رقم التعريف الضريبي) لوكيل التأمين (أحدهما مطلوب):

(يرجى كتابة NPN أو TIN بحروف واضحة)

رقم هاتف وكيل التأمين:

البريد الإلكتروني لوكيل التأمين:

تاريخ استلام وكيل التأمين للطلب (شهر/يوم/سنة):

توقيع وكيل التأمين:

بتوقيعي على هذه الوثيقة، أقر بموجبها أنني قرأت وفهمت توجيهات Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)، مراكز خدمات Medicare و Medicaid بشأن المراسلات والتسويق وقواعد التسجيل وأؤكد أن المسجل قد تلقى حزمة التسجيل كاملة. أوافق على أن هذا التسجيل للمنتفع من Medicare، بالنيابة عن Blue Shield of California، متوافق مع هذه القواعد.

Blue Shield of California هي خطة HMO D-SNP متعاقدة مع Medicare وبرنامج California State Medicaid Program (برنامج Medicaid لولاية برنامج). التسجيل في Blue Shield of California يعتمد على تجديد التعاقد.