



فرم تغییر طرح Blue Shield of California Medicare Advantage

اعضای فعلی طرح Blue Shield Medicare Advantage می‌توانند از این فرم ثبت‌نام کوتاه برای ثبت‌نام در طرح Medicare Advantage ارائه‌شده توسط Blue Shield of California استفاده کنند.

لطفاً فرم تکمیل‌شده‌تان را با نامبر یا پست به این نشانی ارسال کنید:
نامبر: (877) 251-3660

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

در حال حاضر عضو طرح _____ در _____
با حق بیمه ماهانه _____ \$ هستم.

طرحی را که می‌خواهید به آن بپیوندد انتخاب کنید:

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

شهرستان‌های San Diego/Los Angeles (\$0 در ماه)

آگاه هستیم که این طرح مزایای سلامت مختلفی دارد و ممکن است مطابق آنچه در بالا عنوان شد حق بیمه ماهانه داشته باشد.

شماره عضویت:

نام خانوادگی:	نام:	حرف اول نام میانی (اختیاری):
---------------	------	------------------------------

شماره تلفن:	نوع تلفن: <input type="checkbox"/> تلفن ثابت <input type="checkbox"/> تلفن همراه
-------------	--

نشانی خیابان محل اقامت دائمی: (صندوق پستی را وارد نکنید)

نشانی خیابان

شهر	ایالت	کد پستی
-----	-------	---------

نشانی پستی، اگر متفاوت از نشانی محل اقامت دائمی شما است (صندوق پستی مجاز است):

نشانی خیابان

شهر	ایالت	کد پستی
-----	-------	---------

نام «پزشک مراقبت‌های اولیه» (PCP) یا درمانگاه انتخاب‌شده (فقط HMO):

پاسخ دادن به این پرسش‌ها اختیاری است. به دلیل تکمیل نکردن آنها کسی نمی‌تواند شما را از پوشش بیمه محروم کند.

آیا هیسپانیک، لاتین‌تبار یا از تبار اسپانیایی هستید؟ تمام مواردی را که صدق می‌کنند انتخاب کنید.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> خیر، غیر از هیسپانیک، لاتین‌تبار یا اسپانیایی‌تبار | <input type="checkbox"/> بله، مکزیک، مکزیک-آمریکایی، چیکانو (شهروند امریکایی مکزیک‌تبار) |
| <input type="checkbox"/> بله، پورتوریکویی | <input type="checkbox"/> بله، کوبایی |
| <input type="checkbox"/> بله، دیگر اقوام هیسپانیک، لاتین یا اسپانیایی‌تبار | |
| <input type="checkbox"/> ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم. | |

نژاد شما چیست؟ تمام مواردی را که صدق می‌کنند انتخاب کنید.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا آسیایی: | <input type="checkbox"/> سیاه‌پوست یا آمریکایی-آفریقایی بومی اهل هاوایی و اهل جزایر پاسیفیک: |
| <input type="checkbox"/> آسیایی-هندی | <input type="checkbox"/> اهل جزیره گوام یا چامورو |
| <input type="checkbox"/> چینی | <input type="checkbox"/> بومی اهل هاوایی |
| <input type="checkbox"/> فیلیپینی | <input type="checkbox"/> اهل ساموآ |
| <input type="checkbox"/> ژاپنی | <input type="checkbox"/> دیگر مردم اهل جزایر پاسیفیک |
| <input type="checkbox"/> کره‌ای | <input type="checkbox"/> سفیدپوست |
| <input type="checkbox"/> ویتنامی | <input type="checkbox"/> ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم. |
| <input type="checkbox"/> دیگر مردم آسیایی | |

اگر می‌خواهید اطلاعات را به زبانی غیر از انگلیسی برای شما ارسال کنیم، یک مورد را انتخاب کنید.

- | | | | |
|----------------------------------|--|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> عربی | <input type="checkbox"/> چینی (ساده‌شده) | <input type="checkbox"/> کره‌ای | <input type="checkbox"/> تاگالوک |
| <input type="checkbox"/> ارمنی | <input type="checkbox"/> چینی (سنتی) | <input type="checkbox"/> روسی | <input type="checkbox"/> ویتنامی |
| <input type="checkbox"/> کامبوجی | <input type="checkbox"/> فارسی | <input type="checkbox"/> اسپانیایی | |

اگر می‌خواهید اطلاعات را در یکی از قالب‌های دسترس‌پذیر برای شما ارسال کنیم، یک مورد را انتخاب کنید.

- بریل خط درشت سیدی صوتی

اگر نیاز دارید اطلاعات را در قالبی دسترس‌پذیر یا به زبانی که در قسمت بالا ذکر نشده است دریافت کنید، لطفاً با «خدمات مشتریان» D-SNP از طریق شماره (800) 452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. ساعات کاری ما از 8 صبح تا 8 شب در تمام روزهای هفته است.

شماره تلفن همراه:

نشانی ایمیل:

با ارائه نشانی ایمیل خود در قسمت بالا، به‌طور خودکار در خدمات تحویل غیرکاغذی برای برخی از اطلاعیه‌های طرح خود عضو می‌شوید.

بسیاری از اطلاعیه‌های الزامی طرح خود را به‌صورت الکترونیکی تحویل خواهید گرفت. هنگامی که اطلاعیه‌های جدید (مثلاً: «توضیح مزایا» یا «اطلاعیه سالانه تغییرات») به‌صورت آنلاین در دسترس قرار می‌گیرد، ایمیلی به شما ارسال خواهیم کرد. می‌توانید از طریق هر دستگاهی مثل رایانه، تبلت یا تلفن همراه به این اطلاعیه‌ها دسترسی یابید.

به‌جای تحویل غیرکاغذی، نسخه‌های چاپی مطالب لازم را برای شما پست خواهیم کرد. لطفاً توجه داشته باشید که برخی از این اطلاعیه‌ها بسیار بزرگ هستند و ممکن است در برخی از صندوق‌های پستی جا نشوند. هر زمان که بخواهید می‌توانید روش ترجیحی خود برای تحویل را تغییر دهید.

پرداخت حق بیمه طرح شما

می توانید هر ماه از طریق پست حق بیمه ماهانه خود را (از جمله هرگونه جریمه دیرکرد ثبت نام که در حال حاضر بدهکار هستید یا ممکن است بدهکار باشید) پرداخت کنید. اگر طرح شما سررسید حق بیمه داشته باشد، صورت حساب ماهانه ای شامل مبلغ و تاریخ پرداخت بعدی دریافت خواهید کرد، یا می توانید انتخاب کنید که حق بیمه شما به صورت خودکار هر ماه از مزایای بیمه تأمین اجتماعی یا Railroad Retirement Board (RRB)، انجمن بازنشستگان راه آهن) کسر شود.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره گزینه های پرداخت خود، به وبسایت ما به نشانی blueshieldca.com/medicarewaystopay مراجعه کنید یا از طریق شماره (800) 452-4413 (TTY: 711) با «خدمات مشتریان» D-SNP تماس بگیرید.

کسر خودکار از چک مزایای بیمه تأمین اجتماعی یا Railroad Retirement Board (RRB) شما.

مزایای ماهیانه را از اینجا دریافت می کنیم: تأمین اجتماعی RRB

(شروع کسر از مزایای تأمین اجتماعی/Railroad Retirement Board است دو ماه یا بیشتر طول بکشد. در بسیاری از موارد، اگر تأمین اجتماعی/Railroad Retirement Board شما برای کسر خودکار را بپذیرد، اولین کسر از چک مزایای تأمین اجتماعی/Railroad Retirement Board درخواست شما شامل تمامی حق بیمه های معوقه از تاریخ اجرایی شدن ثبت نام شما تا زمان شروع کسر مزایا خواهد بود. اگر تأمین اجتماعی/Railroad Retirement Board درخواست شما برای کسر خودکار را نپذیرد، برای حق بیمه ماهانه تان صورت حساب کاغذی به شما ارسال خواهیم کرد.)

اگر «مبلغ تعدیل ماهانه وابسته به درآمد بخش D» برای شما تعیین شود، اداره تأمین اجتماعی به شما اطلاع خواهد داد. علاوه بر حق بیمه، مسئولیت پرداخت این مبلغ اضافی هم بر عهده شما خواهد بود. این مبلغ یا از چک مزایای تأمین اجتماعی شما کسر خواهد شد یا صورت حساب آن را Medicare یا Railroad Retirement Board مستقیماً برای شما ارسال خواهد کرد. بخش D-IRMAA را به Blue Shield of California پرداخت نکنید.

افراد دارای درآمد محدود ممکن است واجد شرایط دریافت کمک اضافی برای پرداخت هزینه های داروهای نسخه ای خود باشند. اگر واجد شرایط باشید، Medicare می تواند 75% یا بیشتر از هزینه های دارویی شما، از جمله حق بیمه ماهانه داروهای نسخه ای، کاستنی های (سهم بیمه گذار) سالانه و بیمه مشترک را بپردازد. به علاوه، افرادی که واجد شرایط هستند «شکاف پوشش» یا «جریمه دیرکرد ثبت نام» نخواهند داشت. بسیاری از مردم واجد شرایط این پس اندازها هستند و اصلاً اطلاعی از این موضوع ندارند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این کمک اضافی، با دفتر تأمین اجتماعی محلی خود تماس بگیرید، یا از طریق شماره تلفن (800) 772-1213 با «تأمین اجتماعی» تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره (800) 325-0778 تماس بگیرند. همچنین، می توانید برای دریافت «کمک اضافی» به صورت آنلاین در www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp درخواست دهید.

اگر واجد شرایط دریافت کمک اضافی برای هزینه های پوشش بیمه داروهای نسخه ای Medicare خود باشید، Medicare تمام یا بخشی از حق بیمه طرح شما را پرداخت خواهد کرد. اگر Medicare فقط بخشی از این حق بیمه را پرداخت کند، ما برای بخشی که Medicare پوشش نمی دهد، صورت حساب به شما ارسال می کنیم.

لطفاً قسمت زیر را مطالعه و امضا کنید

Blue Shield of California طرحی است که با دولت فدرال قرارداد دارد.

آگاه هستیم که اگر از نماینده فروش، کارگزار یا شخص دیگر تحت استخدام یا تحت قرارداد Blue Shield of California کمک دریافت کنم، مبالغ پرداختی به آن شخص ممکن است بر مبنای ثبت نام من در Blue Shield of California باشد.

انتشار اطلاعات: با پیوستن به این طرح سلامت Medicare، تصدیق می‌کنم که اگر برای درمان، پرداخت و امور مراقبت‌های سلامت لازم باشد، طرح سلامت Medicare اطلاعات من را در اختیار Medicare و سایر طرح‌ها قرار خواهد گذاشت. همچنین، تصدیق می‌کنم که Blue Shield of California اطلاعات من، از جمله داده‌های اتفاقات مربوط به داروهای نسخه‌ای من را در اختیار Medicare قرار می‌دهد، که ممکن است آن‌ها را برای تحقیقات و سایر اهدافی که تابع همه قوانین و مقررات فدرال قابل اجرا است منتشر کند. تا جایی که می‌دانم، تمام اطلاعات این فرم ثبت نام صحیح است. آگاه هستیم که اگر عمداً اطلاعات نادرستی در این فرم ارائه دهم، ثبت نام من در این طرح لغو خواهد شد. آگاه هستیم که افراد دارای بیمه Medicare در خارج از کشور تحت پوشش Medicare نیستند، جز پوشش محدود در نزدیکی مرز ایالات متحده.

آگاه هستیم که از تاریخی که پوشش طرح Blue Shield Medicare Advantage HMO Plan من شروع می‌شود، باید تمام مراقبت‌های سلامت خود را از Blue Shield of California دریافت کنم، به جز خدمات اضطراری یا خدمات موردنیاز فوری یا خدمات دیالیز خارج از محدوده.

خدمات مجازشده از سوی Blue Shield of California و سایر خدمات موجود در سند مدرک پوشش بیمه Blue Shield of California (که قرارداد عضو یا توافقنامه مشترک نیز نامیده می‌شود) تحت پوشش قرار خواهند گرفت. بدون داشتن مجوز، نه **MEDICARE** و نه **BLUE SHIELD OF CALIFORNIA** بابت خدمات هزینه‌ای پرداخت نخواهند کرد.

آگاه هستیم که امضای من (یا امضای شخصی که بر اساس قوانین ایالت محل زندگی‌ام مجاز است از طرف من اقدام کند) در این درخواست به این معناست که محتوای این درخواست را مطالعه و درک کرده‌ام. اگر فرد مجازی (مطابق شرح فوق) امضا کرده باشد، این امضا گواهی می‌دهد که: 1) این شخص طبق قانون ایالتی مجاز به تکمیل این ثبت نام است و 2) مدارک این اختیار قانونی در صورت درخواست از سوی Medicare در دسترس قرار می‌گیرد.

تاریخ امروز (روز/ماه/سال):	امضا:
----------------------------	-------

اگر نماینده مجاز هستید، باید صفحه قبل را امضا کنید و اطلاعات زیر را ارائه دهید:
نام:

نشانی:

ایالت کد پستی

شهر

شماره تلفن:

نسبت با عضو:

اطلاعات واسطه بیمه: نام واسطه بیمه و شماره شناسایی یا (NPN) National Producer Number، شماره تولیدکننده ملی) الزامی است.

نام نمایندگی:

(لطفاً نام نمایندگی تعیین شده را با حروف درشت بنویسید)

شماره شناسایی نمایندگی:

(لطفاً شماره شناسایی مالیاتی نمایندگی را با حروف درشت بنویسید)

نام واسطه بیمه (نمایندگی تنظیم کننده بیمه) (الزامی):
(لطفاً نام نمایندگی تنظیم کننده بیمه را با حروف درشت بنویسید)

شماره شناسایی واسطه بیمه:

(لطفاً شماره شناسایی مالیاتی نماینده را با حروف درشت بنویسید)

NPN یا Tax Identification Number (TIN، شماره شناسایی مالیاتی) واسطه بیمه (نمایندگی تنظیم کننده)،
(یک مورد الزامی است):

(لطفاً شماره NPN یا TIN را با حروف درشت بنویسید)

شماره تلفن واسطه بیمه:

نشانی ایمیل واسطه بیمه:

تاریخ دریافت درخواست از سوی واسطه بیمه (روز/ماه/سال):

امضای واسطه بیمه:

با امضا کردن این سند، بدین وسیله گواهی می‌دهم که اطلاعاتی که Medicare و دستورات عمل‌های بازاریابی و قوانین ثبت نام (Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)، مراکز خدمات Medicare و Medicaid) را خوانده و درک کرده‌ام و تأیید می‌کنم که فرد ثبت نام کننده کیت کامل ثبت نام را دریافت کرده است. موافقت می‌کنم که این ثبت نام ذینفع Medicare، از طرف Blue Shield of California، با این قوانین مطابقت داشته است.

California State Medicaid و Medicare با قرارداد HMO D-SNP یک طرح Blue Shield of California Program (برنامه Medicaid ایالت کالیفرنیا) است.