



Форма смены плана Blue Shield of California Medicare Advantage

Действующие участники плана Medicare Advantage Blue Shield of California могут использовать эту короткую регистрационную форму для регистрации в плане Medicare Advantage, предлагаемом Blue Shield of California.

Отправьте заполненную регистрационную форму по факсу или по почте:

Факс: (877) 251-3660

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

Я в данный момент являюсь участником плана _____ в _____ с ежемесячным взносом в размере \$ _____.

Выберите план, к которому вы хотите присоединиться:

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Округи Los Angeles/San Diego (\$0 в месяц)

Я понимаю, что этот план имеет различные преимущества для здоровья и может предусматривать ежемесячный взнос, как указано выше.

Номер участника:

Фамилия:	Имя:	Средний инициал (необязательно):
Номер телефона :	Тип телефона: <input type="checkbox"/> Проводной <input type="checkbox"/> Мобильный	

Постоянный адрес: (Не вводите почтовый ящик)

Адрес

Город

Штат

Почтовый код

Почтовый адрес, если отличается от постоянного адреса (можно вводить почтовый ящик):

Адрес

Город

Штат

Почтовый код

Имя выбранного врача общей практики (PCP) или название клиники (только НМО):

Отвечать на эти вопросы – ваш выбор. Вам не может быть отказано в страховании, потому что вы не ответили на них.

Вы латиноамериканец или испанец по происхождению? Выберите все, что подходит.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Нет, не латиноамериканец и не испанец по происхождению | <input type="checkbox"/> Да, мексиканец, американец мексиканского происхождения, чикано |
| <input type="checkbox"/> Да, пуэрториканец | <input type="checkbox"/> Да, кубинец |
| <input type="checkbox"/> Да, другой латиноамериканец или испанец по происхождению | |
| <input type="checkbox"/> Я предпочитаю не отвечать. | |
-

Какой вы расы? Выберите все, что подходит.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски | <input type="checkbox"/> Чернокожий или афроамериканец |
| Азиат: | Коренной житель Гавайских островов и островов Тихого океана: |
| <input type="checkbox"/> Азиатский индеец | <input type="checkbox"/> Гуамец или чаморро |
| <input type="checkbox"/> Китаец | <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов |
| <input type="checkbox"/> Филиппинец | <input type="checkbox"/> Самоанец |
| <input type="checkbox"/> Японец | <input type="checkbox"/> Другой коренной житель островов Тихого океана |
| <input type="checkbox"/> Кореец | <input type="checkbox"/> Белокожий |
| <input type="checkbox"/> Вьетнамец | <input type="checkbox"/> Я предпочитаю не отвечать. |
| <input type="checkbox"/> Другой азиат | |
-

Выберите один, если хотите, чтобы мы отправляли вам информацию на языке, отличном от английского.

- | | | | |
|--|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Арабский | <input type="checkbox"/> Китайский (упрощенный) | <input type="checkbox"/> Корейский | <input type="checkbox"/> Тагальский |
| <input type="checkbox"/> Армянский | <input type="checkbox"/> Китайский (традиционный) | <input type="checkbox"/> Русский | <input type="checkbox"/> Вьетнамский |
| <input type="checkbox"/> Камбоджийский | <input type="checkbox"/> Фарси | <input type="checkbox"/> Испанский | |
-

Выберите один, если хотите, чтобы мы отправляли вам другом формате.

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Шрифт Брайля | <input type="checkbox"/> Крупная печать | <input type="checkbox"/> Диск с аудиозаписью |
|---------------------------------------|---|--|
-

Свяжитесь со службой поддержки участников D-SNP по телефону **(800) 452-4413 (TTY: 711)**, если вам нужна информация в доступном формате или на языке, отличном от указанного выше. Наш офис работает с 8 утра до 8 вечера, семь дней в неделю.

Номер мобильного телефона:

Адрес электронной почты:

Если вы укажете свой адрес электронной почты выше, вы автоматически подключитесь к безбумажной доставке некоторых сообщений вашего плана.

Многие из необходимых вам сообщений будут доставлены в электронном виде. Мы отправим вам электронное письмо, когда новые сообщения появятся онлайн (например, «Разъяснение льгот» или «Ежегодное уведомление об изменениях»). Вы можете получить доступ к этим сообщениям через любое устройство, например, компьютер, планшет или мобильный телефон.

- Вместо безбумажной доставки мы отправим вам бумажные копии необходимых материалов по почте. Обратите внимание, что некоторые сообщения очень велики и могут не поместиться во все почтовые ящики. Вы можете изменить предпочтения по доставке в любое время.
-

Оплата взносов вашего плана

Вы можете ежемесячно оплачивать ежемесячный страховой взнос (включая любые штрафы за позднюю регистрацию, которые у вас есть или которые вы можете задолжать) по почте каждый месяц. Если в вашем плане предусмотрен взнос, вы будете получать ежемесячный счет, включающий сумму и дату следующего платежа, или вы можете выбрать оплату взноса, автоматически вычитая его из вашего социального пособия или пособия Railroad Retirement Board (RRB, Совет по пенсионному обеспечению железнодорожных работников) каждый месяц.

Чтобы узнать больше о вариантах оплаты, посетите нас по адресу blueshieldca.com/medicarewaystopay или позвоните в службу поддержки участников D-SNP по номеру **(800) 452-4413 (TTY: 711)**.

Автоматический вычет из вашего социального пособия или пособия Railroad Retirement Board (RRB) каждый месяц.

Я получаю ежемесячные выплаты от: Социальной службы RRB

(Начало вычета из социального пособия/пособия Railroad Retirement Board может занять два или более месяцев. В большинстве случаев, если социальная служба/Railroad Retirement Board одобрит ваш запрос на автоматический вычет, первый вычет из вашего социального пособия/пособия Railroad Retirement Board будет включать все взносы, причитающиеся с даты вступления в силу вашей регистрации до момента начала удержания. Если социальная служба/Railroad Retirement Board не одобрит ваш запрос на автоматический вычет, мы вышлем вам бумажный счет на оплату вашего взноса.)

Если вам начисляется ежемесячная корректирующая сумма, связанная с доходом по Части D, Администрация социальной службы уведомит вас об этом. Вы будете нести ответственность за оплату этой дополнительной суммы в дополнение к оплате взноса по вашему плану. Сумма либо будет удержана из вашего социального пособия, либо вам будет выставлен счет непосредственно от Medicare или Railroad Retirement Board.

НЕ платите Часть D-IRMAA Blue Shield of California.

Люди с ограниченными доходами могут претендовать на дополнительную помощь для оплаты расходов на рецептурные лекарства. Если вы имеете на это право, Medicare может оплатить 75% или более ваших расходов на лекарства, включая ежемесячные взносы на рецептурные лекарства, ежегодные франшизы и совместное страхование. Кроме того, у тех, кто соответствует критериям, не будет задержек в покрытии или штрафа за позднюю регистрацию. Многие люди имеют право на эти льготы и даже не подозревают об этом. Для получения дополнительной информации об этой дополнительной помощи обратитесь в местное отделение социальной службы или позвоните в службу социального обеспечения по телефону **(800) 772-1213**. Пользователи TTY должны звонить по номеру **(800) 325-0778**. Вы также можете подать заявку на дополнительную помощь онлайн по адресу www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Если вы имеете право на дополнительную помощь в покрытии расходов на рецептурные лекарства Medicare, Medicare оплатит всю или часть взносов вашего плана. Если Medicare выплачивает только часть взноса, мы выставим вам счет на сумму, которую Medicare не покрывает.

Пожалуйста, прочтите и подпишите ниже

Blue Shield of California – это план, который заключил контракт с федеральным правительством.

Я понимаю, что если я получаю помощь от торгового агента, брокера или другого лица, нанятого или работающего по контракту с Blue Shield of California, ему/ей может быть выполнена оплата на основании моей регистрации в Blue Shield of California.

Передача информации: Присоединяясь к этому плану медицинского страхования Medicare, я подтверждаю, что план медицинского страхования Medicare передаст мою информацию Medicare и другим планам, если это необходимо для лечения, оплаты и оказания медицинской помощи. Я также подтверждаю, что Blue Shield of California передаст мою информацию, включая данные о событиях, связанных с приемом лекарств, отпускаемых мне по рецепту, компании Medicare, которая может передать ее для исследовательских и других целей, которые соответствуют всем применимым федеральным законам и правилам. Насколько мне известно, информация в этой регистрационной форме верна. Я понимаю, что если я намеренно предоставлю ложную информацию в этой форме, меня исключат из плана. Я понимаю, что люди, участвующие в программе Medicare, не покрываются программой Medicare, пока находятся за пределами страны, за исключением ограниченного покрытия вблизи границы с США.

Я понимаю, что начиная с даты начала действия Blue Shield Medicare Advantage HMO Plan я должен(-на) получать все медицинское обслуживание от Blue Shield of California, за исключением неотложных или срочно необходимых услуг, а также услуг диализа за пределами моего региона.

Услуги, одобренные Blue Shield of California, и другие услуги, содержащиеся в моем документе *Подтверждение покрытия* Blue Shield of California (также известном как договор участника или соглашение подписчика), будут покрыты. Без одобрения **НИ MEDICARE, НИ BLUE SHIELD OF CALIFORNIA НЕ БУДУТ ПЛАТИТЬ ЗА УСЛУГИ.**

Я понимаю, что моя подпись (или подпись лица, уполномоченного действовать от моего имени в соответствии с законодательством штата, где я живу) на этом заявлении означает, что я прочитал(-а) и понял(-а) содержание этого заявления. Если эта подпись поставлена уполномоченным лицом (как описано выше), эта подпись удостоверяет, что: 1) это лицо уполномочено в соответствии с законодательством штата завершить регистрацию и 2) документация этого органа доступна по запросу Medicare.

Подпись:	Сегодняшняя дата (ММ/ДД/ГГГГ):
-----------------	---------------------------------------

Если вы являетесь уполномоченным представителем, вы должны подписать предыдущую страницу и предоставить следующую информацию:

Имя:

Адрес:

Город

Штат

Почтовый код

Телефон:

Отношения с регистрируемым:

Информация продюсера: Требуется идентификатор или National Producer Number (NPN, национальный номер продюсера) и имя продюсера.

Название органа: _____
(пожалуйста, укажите название назначенного органа печатными буквами)

Идентификатор органа: _____
(пожалуйста, укажите налоговый идентификатор органа печатными цифрами)

Имя продюсера (подписывающего агента) (обязательно): _____
(пожалуйста, укажите имя подписывающего агента печатными буквами)

Идентификатор продюсера: _____
(пожалуйста, укажите налоговый идентификатор агента печатными цифрами)

Требуется NPN или Tax Identification Number (TIN, идентификационный налоговый номер) продюсера (подписывающего агента): _____
(пожалуйста, укажите NPN или TIN печатными цифрами)

Номер телефона продюсера: _____

Электронный адрес продюсера: _____

Дата получения заявления продюсером (ММ/ДД/ГГГГ): _____

Подпись продюсера: _____

Своей подписью я подтверждаю, что я прочитал(-а) и понял(-а) Руководство по коммуникациям и маркетингу Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, Центры услуг Medicare и Medicaid) Medicare и правила регистрации, а также подтверждаю, что регистрируемый получил полный комплект для регистрации. Я согласен(-на) с тем, что регистрация бенефициара Medicare от имени Blue Shield of California соответствует этим правилам.

Blue Shield of California — это план HMO D-SNP с контрактом Medicare и контрактом с California State Medicaid Program (Программой Medicaid штата Калифорния). Регистрация в Blue Shield of California зависит от продления контракта.