



Form sa Pagbago ng Plano ng Blue Shield of California Medicare Advantage

Maaaring gamitin ng mga kasalukuyang miyembro ng Planong Medicare Advantage ng Blue Shield of California ang maikling form ng pagpapatala na ito upang magpatala sa Planong Medicare Advantage na iniaalok ng Blue Shield of California.

Mangyaring i-fax o i-email ang iyong nakumpletong form ng pagpapatala sa:

Fax: (877) 251-3660

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

Kasalukuyan akong miyembro ng planong _____ sa _____ na may buwanang premium na \$ _____.

Piliin ang planong gusto mong salihan:

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP):

Mga County ng Los Angeles/San Diego (\$0 kada buwan)

Nauunawaan kong ang planong ito ay may iba't ibang benepisyo sa kalusugan at maaaring mayroong buwanang premium, gaya ng nakasaad sa itaas.

Numero ng Miyembro:

Apelyido:	Unang Pangalan:	Gitnang Inisyal (opsyonal):
------------------	------------------------	------------------------------------

Numero ng Telepono :	Uri ng Telepono: <input type="checkbox"/> Landline <input type="checkbox"/> Mobile
-----------------------------	---

Permanenteng Street Address: (Huwag maglagay ng P.O. Box)

Street Address

Lungsod	Estado	ZIP code
---------	--------	----------

Mailing Address, kung naiiba lang sa iyong permanenteng address (pinapayagan ang P.O. Box):

Street Address

Lungsod	Estado	ZIP Code
---------	--------	----------

Pangalan ng piniling Doktor ng Pangunahing Pangangalaga (PCP) o klinika (HMO lang):

Kusang-loob mong sasagutin ang mga tanong na ito. Hindi ka maaaring tanggihan ng saklaw dahil hindi mo sinagutan ang mga ito.

Ikaw ba ay Hispanic, Latino/a, o Spanish ang pinagmulan? Piliin ang lahat ng nalalapat.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hindi, hindi Hispanic, Latino/a, o Spanish ang pinagmulan | <input type="checkbox"/> Oo, Mexican, Mexican American, Chicano/a |
| <input type="checkbox"/> Oo, Puerto Rican | <input type="checkbox"/> Oo, Cuban |
| <input type="checkbox"/> Oo, ibang Hispanic, Latino/a, o Spanish ang pinagmulan | |
| <input type="checkbox"/> Pinipili kong huwag sagutin ito. | |
-

Ano ang lahi mo? Piliin ang lahat ng nalalapat.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> American Indian o Alaska Native | <input type="checkbox"/> Black o African American |
| Asian: | Native Hawaiian at Pacific Islander: |
| <input type="checkbox"/> Asian Indian | <input type="checkbox"/> Guamanian o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Chinese | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Samoan |
| <input type="checkbox"/> Japanese | <input type="checkbox"/> Iba Pang Pacific Islander |
| <input type="checkbox"/> Korean | <input type="checkbox"/> White |
| <input type="checkbox"/> Vietnamese | <input type="checkbox"/> Pinipili kong huwag sagutin ito. |
| <input type="checkbox"/> Iba Pang Asian | |
-

Pumili ng isa kung gusto mong padalhan ka namin ng impormasyon sa wikang bukod sa English.

- | | | | |
|------------------------------------|--|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arabic | <input type="checkbox"/> Chinese (Simplified) | <input type="checkbox"/> Korean | <input type="checkbox"/> Tagalog |
| <input type="checkbox"/> Armenian | <input type="checkbox"/> Chinese (Traditional) | <input type="checkbox"/> Russian | <input type="checkbox"/> Vietnamese |
| <input type="checkbox"/> Cambodian | <input type="checkbox"/> Farsi | <input type="checkbox"/> Spanish | |
-

Pumili ng isa kung gusto mong padalhan ka namin ng impormasyon sa naa-access na format.

- Braille Malalaking Titik Audio CD

Mangyaring makipag-ugnayan sa Serbisyo sa Customer ng D-SNP sa **(800) 452-4413 (TTY: 711)** kung kailangan mo ng impormasyon sa ibang naa-access na format o wika bukod sa nakalista sa itaas. Ang aming mga oras ng opisina ay 8 a.m. hanggang 8 p.m., pitong araw sa isang linggo.

Numero ng Mobile na Telepono:

Email address:

Kapag ibinigay mo ang iyong email address sa itaas, awtomatiko ka nang maitatala sa paperless na paghahatid para sa ilan sa iyong mga komunikasyon sa plano.

Elektroniko mong makukuha ang marami sa iyong mga kinakailangang komunikasyon sa plano. Padadalhan ka namin ng email kapag ang mga bagong komunikasyon (halimbawa: Paliwanag ng Mga Benepisyo o Taunang Abiso ng Mga Pagbabago) ay available online. Maa-access mo ang mga komunikasyong ito sa pamamagitan ng anumang device gaya ng computer, tablet, o mobile na telepono.

- Sa halip na paperless na paghahatid, ime-mail namin sa iyo ang mga pisikal na kopya ng mga kinakailangang materyales. Mangyaring tandaang napakalaki ng ilang komunikasyon at maaaring hindi ito magkasya sa lahat ng mailbox. Maaari mong baguhin ang iyong kagustuhan para sa paghahatid anumang oras.
-

Pagbabayad ng Iyong Mga Premium sa Plano

Maaari mong bayaran ang iyong buwanang premium sa plano (kasama ang anumang multa sa nahuling pagpapatala na kasalukuyang mayroon ka o maaaring utang mo) sa pamamagitan ng mail bawat buwan. Kung may premium na babayaran ang iyong plano, makakatanggap ka ng buwanang bayarin kasama ang halaga at petsa kung kailan ka dapat susunod na magbabayad, o maaari mong piliing bayaran ang iyong premium sa pamamagitan ng awtomatikong pagkuha nito sa iyong Segurong Panlipunan o benepisyo ng Railroad Retirement Board (RRB, Lupon ng Pagreretiro ng Mga Manggagawa sa Riles) bawat buwan. Upang matutunan pa ang tungkol sa iyong mga opsyon sa pagbabayad, bisitahin kami sa blueshieldca.com/medicarewaystopay o tumawag sa Pangangalaga sa Customer ng D-SNP sa **(800) 452-4413 (TTY: 711)**.

Awtomatikong pagbabawas mula sa iyong buwanang Segurong Panlipunan o tseke ng benepisyo ng Railroad Retirement Board (RRB).

Nakakatanggap ako ng mga buwanang benepisyo mula sa: Segurong Panlipunan RRB

(Ang pagbabawas sa Segurong Panlipunan/Railroad Retirement Board ay maaaring tumagal nang dalawa o higit pang buwan upang magsimula. Sa karamihan ng mga kaso, kung tatanggapin ng Segurong Panlipunan/Railroad Retirement Board ang iyong hiling para sa awtomatikong pagbabawas, maisasasama sa unang pagbabawas mula sa iyong tseke ng benepisyo ng Segurong Panlipunan/Railroad Retirement Board ang lahat ng premium na dapat bayaran mula sa petsa ng pag-iral ng iyong pagpapatala hanggang sa pagsisimula ng pagbabawas. Kung hindi aaprubahan ng Segurong Panlipunan/Railroad Retirement Board ang iyong kahilingan para sa awtomatikong pagbabawas, padadalhan ka namin ng sulat ng bayarin para sa iyong mga buwanang premium.)

Kung natasa ka para sa Buwang Pagsasaayos ng Halaga Kaugnay ng Bahagi D na Kita, aabisuhan ka ng Administrasyon sa Segurong Panlipunan. Ikaw ang mananagot para sa pagbabayad ng labis na halagang ito bilang karagdagan sa premium ng iyong plano. Maaaring mabawas ito sa iyong tseke ng benepisyo sa Segurong Panlipunan o direkta kang sisingilin ng Medicare o ng Railroad Retirement Board.

HUWAG ibabayad ang Bahagi D-IRMAA sa Blue Shield of California.

Ang mga taong may limitadong kita ay maaaring maging kwalipikado para sa karagdagang tulong upang mabayaran ang kanilang mga gastos sa resetang gamot. Kung kwalipikado ka, maaaring bayaran ng Medicare ang 75% o higit pa sa iyong mga gastos sa gamot kabilang ang buwanang premium sa resetang gamot, taunang kaltas, at co-insurance. Bilang karagdagan, ang mga kwalipikado ay hindi magkakaroon ng puwang sa saklaw o multa para sa nahuling pagpapatala. Maraming tao ang kwalipikado para sa mga pagtitipid na ito, pero hindi nila alam ito. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa dagdag na tulong na ito, makipag-ugnayan sa iyong lokal na tanggapan ng Segurong Panlipunan o tumawag sa Segurong Panlipunan sa **(800) 772-1213**. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **(800) 325-0778**. Maaari ka ring mag-apply para sa dagdag na tulong online sa www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Kung kwalipikado ka para sa dagdag na tulong para sa iyong mga gastos sa saklaw ng Medicare sa resetang gamot, babayaran ng Medicare ang lahat o bahagi ng iyong premium sa plano. Kung bahagi lang nitong premium ang babayaran ng Medicare, sisingilin ka namin para sa halagang hindi saklaw ng Medicare.

Mangyaring Basahin at Pumirma sa Ibaba

Ang Blue Shield of California ay isang plano na may kontrata sa pamahalaang Pederal.

Nauunawaan ko na kung nakakakuha ako ng tulong mula sa isang sales agent, broker, o iba pang indibidwal na nagtatrabaho o nakakontrata sa Blue Shield of California, maaari siyang mabayaran batay sa aking pagpapatala sa Blue Shield of California.

Paglalabas ng impormasyon: Sa pamamagitan ng pagsali sa planong pangkalusugan ng Medicare, kinikilala kong ilalabas ng planong pangkalusugan ng Medicare ang aking impormasyon sa Medicare at iba pang plano kung kinakailangan para sa paggamot, pagbabayad at mga operasyon sa pangangalagang pangkalusugan. Kinikilala ko ring ilalabas ng Blue Shield of California ang aking impormasyon, kasama ang data ng kaganapan sa aking resetang gamot, sa Medicare, na maaaring ilabas ito para sa pananaliksik at iba pang layunin na sumusunod sa lahat ng naaangkop na batas at regulasyon ng Pederal. Tama ang impormasyon sa form ng pagpapatalang ito sa abot ng aking kaalaman. Nauunawaan kong kung sasadyain kong magbigay ng maling impormasyon sa form na ito, tatanggalin ako sa plano. Nauunawaan kong hindi sinasaklaw sa ilalim ng Medicare ang mga taong may Medicare habang nasa labas sila ng bansa maliban sa limitadong saklaw malapit sa border ng U.S.

Nauunawaan kong simula sa petsa ng pag-uumpisa ng saklaw ng aking Blue Shield Medicare Advantage HMO Plan, dapat tanggapin ko ang lahat ng aking pangangalagang pangkalusugan mula sa Blue Shield of California, maliban sa mga serbisyong pang-emergency o agarang kinakailangan o mga serbisyo sa dialysis na nasa labas ng lugar.

Ang mga serbisyong pinahintulutan ng Blue Shield of California at iba pang serbisyong nilalaman ng aking dokumento ng *Ebidensya ng Saklaw* ng Blue Shield of California (kilala rin bilang kontrata ng miyembro o kasunduan sa subscriber) ay kasama sa saklaw. Kung walang pahintulot, **HINDI BABAYARAN NG MEDICARE O BLUE SHIELD OF CALIFORNIA ANG MGA SERBISYO.**

Naiintindihan kong ang aking lagda (o ang lagda ng taong pinahintulutang kumilos sa ngalan ko sa ilalim ng mga batas ng Estado kung saan ako nakatira) sa aplikasyong ito ay nangangahulugang nabasa at nauunawaan ko ang mga nilalaman ng aplikasyong ito. Kung nilagdaan ng pinahintulutang indibidwal (tulad ng inilarawan sa itaas), pinapatunayan ng lagdang ito na: 1) ang taong ito ay pinahintulutan sa ilalim ng batas ng Estado upang kumpletuhin ang pagpapatalang ito at 2) makakakuha ng dokumentasyon ng awtoridad na ito kapag hiniling mula sa Medicare.

Lagda:	Petsa Ngayon (MM/DD/YYYY):
---------------	-----------------------------------

Kung ikaw ang pinahintulutang kinatawan, dapat pumira ka sa naunang pahina at ibigay ang sumusunod na impormasyon:

Pangalan:

Address:

Lungsod

Estado ZIP Code

Numero ng Telepono:

Relasyon sa Nakatala:

Impormasyon ng tagagawa: Kailangan ang pangalan at ID o National Producer Number (NPN, Pambansang Numero ng Tagagawa) ng tagagawa.

Pangalan ng ahensya: _____
(mangyaring i-print ang pangalan ng itinalagang ahensya)

Numero ng ID ng Ahensya: _____
(mangyaring i-print ang ID sa buwis ng ahensya)

Pangalan ng tagagawa (ahenteng nagsulat) (kinakailangan): _____
(mangyaring i-print ang pangalan ng ahenteng nagsulat)

Numero ng ID ng Tagagawa: _____
(mangyaring i-print ang numero ng ID sa buwis ng ahente)

NPN o Tax Identification Number (TIN, Numero ng Pagkakakilanlan sa Pagbubuwis)
(kailangan ng isa) ng tagagawa (ahenteng nagsulat): _____
(mangyaring i-print ang numero ng NPN o TIN)

Numero ng telepono ng tagagawa: _____

Email address ng tagagawa: _____

Petsa kung kailan natanggap ng tagagawa ang aplikasyon (MM/DD/YYYY): _____

Lagda ng tagagawa: _____

Sa pamamagitan ng aking lagda, pinatutunayan ko ritong nabasa at naunawaan ko ang Mga Patnubay sa Komunikasyon at Marketing at mga patakaran sa Pagpapatala sa Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, Mga Sentro para sa Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid) Medicare at kinukumpirma kong nakatanggap ang nagpatala ng kumpletong kit sa pagpapatala. Sumasang-ayon akong ang pagpapatalang ito ng benepisyaryo ng Medicare, sa ngalan ng Blue Shield of California, ay sumunod sa mga patakarang ito.

Ang Blue Shield of California ay isang planong HMO D-SNP na may kontrata sa Medicare at kontrata sa California State Medicaid Program (Programang ng Medicaid ng Estado ng California). Ang pagpapatala sa Blue Shield of California ay nakasalalay sa pag-renew ng kontrata.