



ទម្រង់បែបបទនៃការលុបឈ្មោះចេញពី Blue Shield of California Medicare Advantage

ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំការលុបឈ្មោះ អ្នកត្រូវតែបន្តទទួលបានការថែទាំសុខភាពទាំងអស់ពីគម្រោង Blue Shield Medicare Advantage Plan របស់អ្នករហូតដល់ថ្ងៃដែលមានប្រសិទ្ធភាពនៃការលុបឈ្មោះ។ ទាក់ទងមកយើងដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ការលុបឈ្មោះរបស់អ្នកមុនពេលអ្នកស្វែងរកសេវាវេជ្ជសាស្ត្រនៅខាងក្រៅបណ្តាញគម្រោង Blue Shield Medicare Advantage Plan។ យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពីកាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពរបស់អ្នក បន្ទាប់ពីយើងទទួលបានទម្រង់បែបបទនេះពីអ្នក។

លេខសមាជិក

នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	អក្សរដំបូងនៃឈ្មោះកណ្តាល
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ)		ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី

លេខទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ:

សូមអានដោយប្រុងប្រយ័ត្ន និងបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោមមុនពេលចុះហត្ថលេខា និងដាក់កាលបរិច្ឆេទក្នុងទម្រង់បែបបទនៃការលុបឈ្មោះនេះ:

ប្រសិនបើខ្ញុំបានចុះឈ្មោះក្នុង Medicare Advantage ឬគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare ផ្សេងទៀតខ្ញុំយល់ច្បាស់ថា Medicare នឹងលុបចោលសមាជិកភាពបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងគម្រោង Blue Shield Medicare Advantage Plan នៅកាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពនៃការចុះឈ្មោះថ្មីនោះ។ ខ្ញុំយល់ច្បាស់ថាខ្ញុំប្រហែលជាមិនអាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងផ្សេងទៀតបានទេនៅពេលនេះ។ ខ្ញុំក៏យល់ដែរថាប្រសិនបើខ្ញុំលុបឈ្មោះពីការរ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់កម្មវិធី Medicare របស់ខ្ញុំហើយចង់បានការរ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់កម្មវិធី Medicare នាពេលអនាគតនោះខ្ញុំប្រហែលជាត្រូវបង់ថ្លៃរ៉ាប់រងបន្ថែមសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នក*:	កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ (ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ):
--------------------	---------------------------------------

*ឬហត្ថលេខារបស់បុគ្គលដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នកក្រោមច្បាប់នៃរដ្ឋដែលអ្នករស់នៅ។ ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយបុគ្គលដែលមានការអនុញ្ញាត (ដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ) ហត្ថលេខានេះបញ្ជាក់ថា:

- 1) បុគ្គលនេះត្រូវបានអនុញ្ញាតនៅក្រោមច្បាប់រដ្ឋដើម្បីបញ្ចប់ការលុបឈ្មោះនេះនិង
- 2) ឯកសារនៃអាជ្ញាធរនេះអាចរកបានតាមការស្នើសុំដោយ Blue Shield Medicare Advantage Plan ឬដោយ Medicare។

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតអ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានដូចខាងក្រោម:

នាមត្រកូល	នាមខ្លួន	អក្សរដំបូងនៃឈ្មោះកណ្តាល
-----------	----------	-------------------------

អាសយដ្ឋានផ្លូវ

ទីក្រុង	រដ្ឋ	លេខកូដតំបន់
---------	------	-------------

លេខទូរស័ព្ទ

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ:

ជាធម្មតាអ្នកអាចដកឈ្មោះចេញពីគម្រោង Medicare Advantage តែក្នុងអំឡុងពេលចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំ ចាប់ពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលាដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូនៃឆ្នាំនីមួយៗឬអំឡុងពេលចុះឈ្មោះបើក Medicare Advantage ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករាដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនាជាញឹកញាប់។ មានករណីលើកលែងដែលអាចអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកដក ឈ្មោះចេញពីគម្រោង Medicare Advantage នៅខាងក្រោយពេលនេះ។

សូមអានសេចក្តីថ្លែងការណ៍ខាងក្រោមដោយប្រុងប្រយ័ត្នហើយជីកប្រអប់ប្រសិនបើសេចក្តីថ្លែងការណ៍អនុវត្ត ចំពោះអ្នក។ ដោយជីកប្រអប់ណាមួយខាងក្រោមអ្នកកំពុងបញ្ជាក់ថាតាមចំណេះដឹងរបស់អ្នកអ្នកមានសិទ្ធិ ទទួលបានអំឡុងពេលបោះឆ្នោត។

- ថ្មីៗនេះខ្ញុំមានការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងកម្មវិធី Medicaid របស់ខ្ញុំ (ទើបទទួលបាន Medicaid មានការផ្លាស់ប្តូរ កម្រិតជំនួយ Medicaid ឬបាត់បង់ Medicaid) នៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ) (ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ)។

- ថ្មីៗនេះខ្ញុំមានការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុង Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) របស់ខ្ញុំដែលបង់ប្រាក់សម្រាប់ការធានា រ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare (ទើបទទួលបាន Extra Help មានការផ្លាស់ប្តូរកម្រិតនៃ Extra Help ឬបាត់បង់ Extra Help) នៅលើ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ) (ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ)។

- ខ្ញុំមានទាំង Medicare និង Medicaid (ឬរដ្ឋរបស់ខ្ញុំជួយបង់ថ្លៃ ធានារ៉ាប់រង Medicare របស់ខ្ញុំ) ឬខ្ញុំ ទទួលបាន Extra Help ដែលបង់ប្រាក់សម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare ប៉ុន្តែ ខ្ញុំមិនមានការផ្លាស់ប្តូរទេ។

- ខ្ញុំកំពុងផ្លាស់ទៅរស់នៅ ឬទើបផ្លាស់ចេញពីមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង (ឧទាហរណ៍មណ្ឌលថែទាំមនុស្ស ឬមណ្ឌលទាំ រយៈពេលវែង)។ ខ្ញុំបានផ្លាស់ប្តូរ / នឹងផ្លាស់ទីទៅ / ចេញពីកន្លែង (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ) (ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ)។

- ខ្ញុំកំពុងចូលរួមកម្មវិធី Program for All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, កម្មវិធីការថែទាំដែល រួមបញ្ចូលគ្រប់យ៉ាងសម្រាប់មនុស្សចាស់) នៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ) (ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ)។

- ខ្ញុំកំពុងចូលរួមការធានារ៉ាប់រងលើនិយោជក ឬសហជីពនៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ) (ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ)។

- ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងមួយដោយ Medicare (ឬរដ្ឋរបស់ខ្ញុំ) ហើយខ្ញុំចង់ជ្រើសរើសគម្រោងផ្សេង។ ការ ចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងគម្រោងនោះបានចាប់ផ្តើមនៅ (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ) (ខែ/ថ្ងៃទី/ឆ្នាំ)។

ប្រសិនបើគ្មានសេចក្តីថ្លែងការណ៍ទាំងនេះអនុវត្តចំពោះអ្នក ឬអ្នកមិនប្រាកដនោះ សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើ អភិវឌ្ឍន៍ Blue Shield of California Medicare Advantage Plan តាមរយៈលេខ **(800) 776-4466 (TTY: 711)** ដើម្បីមើលថាតើអ្នកមានសិទ្ធិលុបការចុះឈ្មោះ ឬអត់។ សម្រាប់សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង D-SNP សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអភិវឌ្ឍន៍តាមរយៈលេខ **(800) 452-4413 (TTY: 711)**។ យើងបើកពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

ផ្ញើតាមអ៊ីមែល ប្រៃសណីយ៍ ឬទូរសារ ដែលបានបំពេញ និងចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទរបស់អ្នកទៅកាន់៖

អ៊ីមែល: WHMembership@blueshieldca.com
ប្រៃសណីយ៍: Blue Shield of California
 PO Box 948
 Woodland Hills, CA 91365-9856
ទូរសារ: (877) 251-3660