



## Blue Shield of California Medicare Advantage 탈퇴 양식

탈퇴를 요청하는 경우 탈퇴 발효일까지 Blue Shield Medicare Advantage Plan의 모든 의료 서비스를 계속 받아야 합니다. Blue Shield Medicare Advantage Plan 네트워크 외부에서 의료 서비스를 받기 전에 당사에 연락하여 탈퇴 여부를 확인하십시오. 귀하가 보내신 이 양식을 접수한 후 발효일을 알려드리겠습니다.

가입자 번호

성	이름	중간이름 이니셜
생년월일(월/일/년)		성별 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성

유선전화:

**이 탈퇴 양식에 서명하고 날짜를 기입하기 전에 다음 정보를 주의 깊게 읽고 작성하십시오.**

본인은 다른 Medicare Advantage 또는 Medicare 처방의약품 플랜에 가입할 경우 Medicare가 새 가입 발효일에 Blue Shield Medicare Advantage Plan의 현재 멤버십을 취소한다는 것을 알고 있습니다. 본인은 현재 다른 플랜에 가입할 수 없다는 것을 알고 있습니다. 또한, 본인은 Medicare 처방약 보장에서 탈퇴하고 향후 Medicare 처방약 보장을 원할 경우 이 보장에 대해 더 높은 보험료를 지불해야 할 수도 있다는 것을 알고 있습니다.

귀하의 서명*:	오늘 날짜(월/일/년):
----------	---------------

\*또는 귀하가 거주하는 주의 법률에 따라 귀하를 대신하여 행동할 권한이 있는 사람의 서명. 권한 있는 자(상기 명시된 대로)가 서명했다면 이 서명은 다음을 증명합니다.

- 1) 이 사람은 주 법에 따라 본 탈퇴서를 작성할 권한을 받았으며,
- 2) 이 권한에 대한 문서는 Blue Shield Medicare Advantage Plan이나 Medicare가 요청할 시 권한 증명서를 제공할 수 있습니다.

**권한 있는 대리인인 경우, 반드시 다음 정보를 제공해야 합니다.**

성	이름	중간이름 이니셜
주소		
시	주	우편번호
전화번호		
가입자와의 관계		

---

**일반적으로 연간 가입 기간인 10월 15일~12월 7일(매년) 또는 Medicare Advantage 공개 가입 기간인 1월 1일~3월 31일에만 Medicare Advantage 플랜에서 탈퇴할 수 있습니다.** 이 기간 외에 Medicare Advantage 플랜에 탈퇴할 수 있는 예외 사항이 있을 수 있습니다.

다음 제시문을 주의 깊게 읽고 적용되는 사항에 표시해주세요. 최대한 아는 대로 다음 칸에 표시해주세요. 이를 통해 귀하가 해당 기간에 자격이 있다는 것을 증명합니다.

최근에 내 Medicaid에 변경 사항(Medicaid 신규 가입, Medicaid 보조 수준 변경 또는 Medicaid 상실)이 생긴 날짜는 (날짜 작성)(일/월/년)이다.

\_\_\_\_\_

최근에 내 Medicare 처방 의약품 보장에 비용을 납부하는 Extra Help(저소득 보조금)에 변경 사항(Extra Help 신규 수급, Extra Help 수준 변경 또는 Extra Help 상실)이 생긴 날짜는 (날짜 작성)(월/일/년)입니다.

\_\_\_\_\_

나는 Medicare 및 Medicaid의 수혜자이거나(또는 거주하는 주에서 Medicare 보험료를 납부하는 데 도움을 받거나) 내 Medicare 처방약 보장에 비용을 납부하는 Extra Help를 이용하지만 변경 사항이 없다.

나는 장기 요양 시설(예, 요양원 및 장기 요양 시설)에 들어갈 예정이거나, 살고 있거나, 최근 그곳에서 나왔다. 내가 시설로 이사한/시설에서 나온 날짜는 (날짜 삽입)(월/일/년)이다.

\_\_\_\_\_

나는 (날짜 삽입)(월/일/년)에 Program of All-Inclusive Care for the Elderly(PACE, 노인 요양) 프로그램에 참여할 예정이다.

\_\_\_\_\_

나는 (날짜 삽입)(월/일/년)에 고용주 또는 조합 보험에 가입할 예정이다.

\_\_\_\_\_

나는 Medicare(또는 주)가 제공하는 플랜에 가입했으나 다른 플랜을 선택하고 싶다. 해당 플랜에 가입한 날짜는 (날짜 작성)(월/일/년)이다.

\_\_\_\_\_

만약 상기 제시문 중 어떤 내용에도 해당하지 않거나 잘 모르겠는 경우, 탈퇴 자격을 확인하려면 Blue Shield of California Medicare Advantage Plan고객 서비스부에 **(800) 776-4466 (TTY: 711)**번으로 번으로 연락해주세요. D-SNP 플랜에 가입한 회원은 고객 서비스부에 **(800) 452-4413 (TTY: 711)**번으로 문의해주세요. 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다.

---

양식을 작성하고 서명한 후 다음 이메일, 우편 또는 팩스로 발송해주세요.

**이메일:** WHMembership@blueshieldca.com

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

**팩스:** (877) 251-3660