



Form ng Pag-alis sa Blue Shield of California Medicare Advantage

Kung hihilingin mong umalis, dapat patuloy mong kunin ang lahat ng pangangalagang medikal mula sa iyong Blue Shield Medicare Advantage Plan hanggang sa petsa ng pag-iras ng pag-alis. Makipag-ugnayan sa amin para patotohanan ang iyong pag-alis bago ka humingi ng mga serbisyong medikal sa labas ng network ng Blue Shield Medicare Advantage Plan. Aabisuhan ka namin kung kailan ang iyong petsa ng pag-iral pagkatapos naming makuha ang form na ito mula sa iyo.

Numero ng Miyembro

Apelyido	Unang Pangalan	Gitnang Inisyal
Petsa ng Kapanganakan (MM/DD/YYYY)	Kasarian <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae	

Numero ng telepono sa bahay:

Mangyaring maingat na basahin at kumpletuhin ang sumusunod na impormasyon bago lagdaan at lagyan ng petsa ang form na ito ng pag-alis:

Kung nagpatala ako sa isa pang Medicare Advantage o Plano ng Resetang Gamot ng Medicare, naiintindihan kong kakanselahin ng Medicare ang kasalukuyan kong pagiging miyembro sa Blue Shield Medicare Advantage Plan sa petsa ng pag-iral bagong pagpapatala. Naiintindihan kong posibleng hindi ako makapagpatala sa ibang plano sa ngayon. Naiintindihan ko ring kung aalis ako mula sa aking saklaw sa resetang gamot ng Medicare at gusto kong makuha ang saklaw sa resetang gamot ng Medicare sa hinaharap, posibleng kailanganin kong magbayad ng mas mataas na premium para sa saklaw na ito.

Ang Iyong Lagda*:	Petsa Ngayon (MM/DD/YYYY):
-------------------	----------------------------

*O ang lagda ng taong pinahintulutang kumilos sa iyong ngalan sa ilalim ng mga batas ng Estado kung saan ka nakatira. Kung nilagdaan ng pinahintulutang indibidwal (tulad ng inilarawan sa itaas), pinapatotohanan ng lagdang ito na:

- 1) Pinahintulutan ang taong ito sa ilalim ng batas ng Estado paa kumpletuhin ang pag-alis na ito at
- 2) Ang dokumentasyon ng awtoridad na ito ay makukuha kapag hiniling ng Blue Shield Medicare Advantage Plan o ng Medicare.

Kung ikaw ang pinahintulutang kinatawan, dapat ibigay mo ang sumusunod na impormasyon:

Apelyido	Unang Pangalan	Gitnang Inisyal
Address ng Kalye		
Lungsod	Estado	ZIP code
Numero ng Telepono		
Relasyon sa Nagpatala		

Karaniwan, puwede ka lang umalis mula sa isang plano ng Medicare Advantage sa taunang panahon ng pagpapatala mula Oktubre 15 hanggang Disyembre 7 ng bawat taon o sa panahon ng Yugto ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage mula Enero 1 hanggang Marso 31 ng bawat taon. Mayroong mga pagbubukod na posibleng magbigay-daan sa iyong umalis mula sa plano Medicare Advantage sa labas ng yugtong ito.

Mangyaring basahin nang mabuti ang mga sumusunod na pahayag at lagyan ng tsek ang kahon kung nalalapat sa iyo ang pahayag. Sa pamamagitan ng paglalagay ng tsek sa alinman sa mga sumusunod na kahon, pinapatotohanan mong, sa abot ng iyong kaalaman, karapat-dapat ka para sa isang Panahon ng Paghahalal.

- Nagkaroon ako kamakailan ng pagbabago sa Medicaid ko (bagong nakuhang Medicaid, nagkaroon ng pagbabago sa antas ng tulong ng Medicaid, o nawala ang Medicaid) sa (ilagay ang petsa) (MM/DD/YYYY).

- Nagkaroon ako kamakailan ng pagbabago sa Extra Help (Dagdag na Tulong) kong nagbabayad para sa saklaw sa resetang gamot ng Medicare (bagong nakuhang Extra Help, nagkaroon ng pagbabago sa antas ng Extra Help, o nawala ang Extra Help) sa (ilagay ang petsa) (MM/DD/YYYY).

- Mayroon akong Medicare at Medicaid (o tumutulong ang estado kong magbayad para sa mga premium ko sa Medicare) o nakakakuha ako ng Extra Help na nagbabayad para sa saklaw sa resetang gamot ng Medicare, pero wala pa akong natatanggap na pagbabago.
- Lilipat ako, nakatira ako, o umalis ako kamakailan sa isang Pasilidad ng Pangmatagalang Pangangalaga (halimbawa, isang tahanan ng pag-aalaga o pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga). Lumipat ako/lilipat ako/aalis ako sa pasilidad sa (ilagay ang petsa) (MM/DD/YYYY).

- Sasali ako sa isang programa ng Program for All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, Programa para sa Inklusibo sa Lahat na Pangangalaga para sa Nakatatanda) sa (ilagay ang petsa) (MM/DD/YYYY).

- Sasali ako sa saklaw ng employer o unyon sa (ilagay ang petsa) (MM/DD/YYYY).

- Nakatala ako sa isang plano ng Medicare (o ng estado ko) at gusto kong pumili ng ibang plano. Nagsimula ang pagpapatala ko sa planong iyon sa (ilagay ang petsa) (MM/DD/YYYY).

Kung walang alinman sa mga pahayag na ito ang nalalapat sa iyo o hindi ka sigurado, mangyaring makipag-ugnayan sa Serbisyo sa Customer ng Blue Shield of California Medicare Advantage Plan sa at **(800) 776-4466 (TTY: 711)** para makita kung karapat-dapat kang umalis sa pagkakatala. Para sa mga miyembrong nakatala sa mga plano ng D-SNP, mangyaring makipag-ugnayan sa Serbisyo ng Customer sa **(800) 452-4413 (TTY: 711)**. Bukas kami nang 8 a.m. hanggang 8 p.m., pitong araw sa isang linggo.

I-email, I-mail, o I-fax ang iyong nakumpleto at nilagandang form sa:

Email: WHMembership@blueshieldca.com

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

Fax: (877) 251-3660