



فرم تغییر طرح Blue Shield of California Medicare Advantage

اعضای فعلی طرح Blue Shield of California Medicare Advantage می‌توانند از این فرم ثبت نام کوتاه برای ثبت نام در طرح Medicare Advantage ارائه شده توسط Blue Shield of California استفاده کنند.

لطفاً فرم تکمیل شده‌تان را با نمابر یا پست به این نشانی ارسال کنید:
نمبر: (877) 251-3660

پست: Blue Shield of California, P.O. Box 948, Woodland Hills, CA 91365-9856

در حال حاضر عضو طرح _____ در _____
با حق بیمه ماهانه \$ _____ هستم.

طرحی را که می‌خواهید به آن بپیوندید انتخاب کنید:

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

شهرستان‌های Los Angeles/San Diego

(\$0 در ماه)

آگاه هستم که این طرح مزایای سلامت مختلفی دارد و ممکن است مطابق آنچه در بالا عنوان شد حق بیمه ماهانه داشته باشد.

شماره عضویت:

نام خانوادگی:	نام:	حرف اول نام میانی (اختیاری):
---------------	------	------------------------------

شماره تلفن:

نوع تلفن: تلفن ثابت تلفن همراه

نشانی دائمی خیابان (صندوق پستی را وارد نکنید. توجه: برای افرادی که بی‌خانمان هستند، صندوق پستی ممکن است نشانی محل اقامت دائم شما در نظر گرفته شود):

نشانی خیابان:

شهر: _____ ایالت: _____ کدپستی: _____

نشانی پستی، اگر متفاوت از نشانی محل اقامت دائمی شما است (صندوق پستی مجاز است):

نشانی خیابان:

شهر: _____ ایالت: _____ کدپستی: _____

نام پزشک مراقبت‌های اولیه (PCP) یا درمانگاه انتخاب شده (فقط HMO):

بخش 2 - تمام فیله‌های این بخش اختیاری هستند

پاسخ دادن به این پرسش‌ها اختیاری است. به دلیل تکمیل نکردن آنها کسی نمی‌تواند شما را از پوشش بیمه محروم کند.

آیا هیسپانیک، لاتین‌تبار یا از تبار اسپانیایی هستید؟ تمام مواردی را که صدق می‌کنند انتخاب کنید.

- خیر، غیر از هیسپانیک، لاتین‌تبار یا اسپانیایی تبار
 بله، پورتوریکویی
 بله، دیگر اقوام هیسپانیک، لاتین‌تبار یا اسپانیایی تبار
 بله، مکزیک، مکزیک-آمریکایی، چیکانو
 بله کوبایی
 ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم.

نژاد شما چیست؟ تمام مواردی را که صدق می‌کنند انتخاب کنید.

- سرخ‌پوست آمریکایی یا بومی آلاسکا
 آسیایی:
 هندی
 چینی
 فیلیپینی
 ژاپنی
 کره‌ای
 ویتنامی
 دیگر مردم آسیایی
 سیاه‌پوست یا آمریکایی-آفریقایی
 بومی اهل هاوایی و اهل جزایر پاسیفیک:
 اهل جزیره گوام یا چامورو
 بومی هاوایی
 ساموا
 دیگر مردم اهل جزایر پاسیفیک
 سفیدپوست
 ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم.

جنسیت شما چیست؟

- زن
 مرد
 غیرباینری
 من از اصطلاحی متفاوت استفاده می‌کنم: _____
 ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

کدام یک از موارد زیر به‌خوبی بیانگر طرز فکر شما نسبت به خود است؟ (یک مورد را انتخاب کنید)

- همجنس‌گرا
 تمایل به جنس مخالف، غیر همجنسگرا
 دوجنسگرا
 من از اصطلاحی متفاوت استفاده می‌کنم: _____
 نمی‌دانم
 ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم

اگر می‌خواهید اطلاعات را به زبانی غیر از انگلیسی برای شما ارسال کنیم، یک مورد را انتخاب کنید.
 اسپانیایی

اگر می‌خواهید اطلاعات را در یکی از قالب‌های دسترس‌پذیر برای شما ارسال کنیم، یک مورد را انتخاب کنید.

- بریل
 خط درشت
 سیدی صوتی
 سیدی داده
اگر نیاز دارید اطلاعات را در قالبی دسترس‌پذیر دریافت کنید، لطفاً با «خدمات مشتریان» از طریق شماره
(TTY: 711) 452-4413 (800) تماس بگیرید. ساعات کاری ما از 8 صبح تا 8 شب در تمام روزهای هفته است.

شماره تلفن همراه:

نشانی ایمیل:

با ارائه نشانی ایمیل خود در قسمت بالا، به‌طور خودکار در خدمات تحویل غیرکاغذی برای برخی از اطلاعیه‌های طرح خود عضو می‌شوید.

بسیاری از اطلاعیه‌های الزامی طرح خود را به‌صورت الکترونیکی تحویل خواهید گرفت. هنگامی که اطلاعیه‌های جدید (مثلاً: «توضیح مزایا» یا «اطلاعیه سالانه تغییرات») به‌صورت آنلاین در دسترس قرار می‌گیرد، ایمیلی به شما ارسال خواهیم کرد. می‌توانید از طریق هر دستگاهی مثل رایانه، تبلت یا تلفن همراه به این اطلاعیه‌ها دسترسی یابید.
 به‌جای تحویل غیرکاغذی، نسخه‌های چاپی مطالب لازم را برای شما پست خواهیم کرد. لطفاً توجه داشته باشید که برخی از این اطلاعیه‌ها بسیار بزرگ هستند و ممکن است در برخی از صندوق‌های پستی جا نشوند. هر زمان که بخواهید می‌توانید روش ترجیحی خود برای تحویل را تغییر دهید.

حق بیمه طرح شما

می‌توانید از طریق پست حق بیمه ماهانه خود را (از جمله هرگونه جریمه دیرکرد ثبت‌نام که در حال حاضر بدهکار هستید یا ممکن است بدهکار باشید) پرداخت کنید. اگر طرح شما سررسید حق بیمه داشته باشد، صورت حساب ماهانه‌ای شامل مبلغ و تاریخ پرداخت بعدی دریافت خواهید کرد، یا می‌توانید انتخاب کنید که حق بیمه شما به صورت خودکار هر ماه از مزایای بیمه تأمین اجتماعی یا Railroad Retirement Board (RRB)، انجمن بازنشستگان راه‌آهن) کسر شود.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره گزینه‌های پرداخت خود، به وبسایت ما به نشانی blueshieldca.com/medicarewaystopay مراجعه کنید یا از طریق شماره (800) 452-4413 (TTY: 711) با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

کسر خودکار از تأمین اجتماعی ماهیانه یا Railroad Retirement Board (RRB) شما. مزایای ماهیانه را از اینجا دریافت می‌کنم: تأمین اجتماعی RRB

(شروع کسر از مزایای تأمین اجتماعی/Railroad Retirement Board ممکن است دو ماه یا بیشتر طول بکشد. در بسیاری از موارد، اگر تأمین اجتماعی/Railroad Retirement Board درخواست شما برای کسر خودکار را بپذیرد، اولین کسر از چک مزایای تأمین اجتماعی/Railroad Retirement Board شما شامل تمامی حق بیمه‌های معوقه از تاریخ اجرایی شدن ثبت‌نام شما تا زمان شروع کسر مزایا خواهد بود. اگر تأمین اجتماعی/Railroad Retirement Board درخواست شما برای کسر خودکار را بپذیرد، برای حق بیمه ماهانه‌تان صورت حساب کاغذی به شما ارسال خواهیم کرد.)

اگر «مبلغ تعدیل ماهانه وابسته به درآمد بخش D» برای شما تعیین شود، اداره تأمین اجتماعی به شما اطلاع خواهد داد. علاوه بر حق بیمه، مسئولیت پرداخت این مبلغ اضافی هم بر عهده شما خواهد بود. این مبلغ یا از چک مزایای تأمین اجتماعی شما کسر خواهد شد یا صورت حساب آن را Medicare یا Railroad Retirement Board مستقیماً برای شما ارسال خواهد کرد. بخش D-IRMAA را به Blue Shield of California پرداخت نکنید.

افراد دارای درآمد محدود ممکن است واجد شرایط دریافت Extra Help (کمک اضافی) برای پرداخت هزینه‌های داروهای نسخه‌ای خود باشند. اگر واجد شرایط باشید، Medicare می‌تواند هزینه‌های دارویی شما، از جمله حق بیمه ماهانه داروهای نسخه‌ای، فرانشیزهای (سهم بیمه‌گذار) سالانه و بیمه مشترک را بپردازد. به علاوه، افرادی که واجد شرایط هستند جریمه دیرکرد ثبت‌نام نخواهند داشت. بسیاری از مردم واجد شرایط این پس‌اندازها هستند و اصلاً اطلاعی از این موضوع ندارند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این Extra Help، با دفتر تأمین اجتماعی محلی خود تماس بگیرید، یا از طریق شماره تلفن **(800) 772-1213** با «تأمین اجتماعی» تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره **(800) 325-0778** تماس بگیرند. همچنین می‌توانید برای Extra Help به صورت آنلاین در این نشانی درخواست دهید www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help.

اگر واجد شرایط دریافت Extra Help در مورد هزینه‌های پوشش داروهای نسخه‌ای Medicare خود باشید، Medicare تمام یا بخشی از حق بیمه طرح شما را برای این مزایا پرداخت خواهد کرد. اگر Medicare فقط بخشی از این حق بیمه را بپردازد، ما مبلغی را که Medicare پوشش نمی‌دهد به شما صورت حساب می‌دهیم.

لطفاً قسمت زیر را مطالعه و امضا کنید

Blue Shield of California طرحی است که با دولت فدرال قرارداد دارد.

آگاه هستیم که اگر از نماینده فروش، کارگزار یا شخص دیگر تحت استخدام یا تحت قرارداد Blue Shield TotalDual Plan کمک دریافت کنم، مبالغ پرداختی به آن شخص ممکن است بر مبنای ثبت نام من در Blue Shield TotalDual Plan باشد.

انتشار اطلاعات: با پیوستن به این طرح سلامت Medicare، تصدیق می‌کنم که اگر برای درمان، پرداخت و امور مراقبت‌های سلامت لازم باشد، طرح سلامت Medicare اطلاعات من را در اختیار Medicare و سایر طرح‌ها قرار خواهد گذاشت. همچنین، تصدیق می‌کنم که Blue Shield TotalDual Plan اطلاعات من، از جمله داده‌های اتفاقات مربوط به داروهای نسخه‌ای من را در اختیار Medicare قرار می‌دهد، که ممکن است آن‌ها را برای تحقیقات و سایر اهدافی که تابع همه قوانین و مقررات فدرال قابل اجرا است منتشر کند. تا جایی که می‌دانم، تمام اطلاعات این فرم ثبت نام صحیح است. آگاه هستیم که اگر عمداً اطلاعات نادرستی در این فرم ارائه دهم، ثبت نام من در این طرح لغو خواهد شد. آگاه هستیم که افراد دارای بیمه Medicare در خارج از کشور تحت پوشش Medicare نیستند، جز پوشش محدود در نزدیکی مرز ایالات متحده.

می‌دانم که از تاریخی که پوشش Blue Shield TotalDual Plan شروع می‌شود، باید تمام مراقبت‌های بهداشتی خود را از Blue Shield TotalDual Plan دریافت کنم، به جز خدمات اضطراری یا ضروری یا خدمات دیالیز خارج از منطقه. خدمات مجاز از سوی Blue Shield TotalDual Plan و سایر خدمات موجود در سند *Evidence of Coverage (EOC)*، مدرک پوشش) مربوط به Blue Shield TotalDual Plan (که قرارداد عضو یا توافقنامه مشترک نیز نامیده می‌شود) تحت پوشش قرار خواهند گرفت. بدون داشتن مجوز، نه **MEDICARE** و نه **BLUE SHIELD TOTALDUAL PLAN** بابت خدمات هزینه‌ای پرداخت نخواهند کرد.

آگاه هستیم که امضای من (یا امضای شخصی که بر اساس قوانین ایالت محل زندگی‌ام مجاز است از طرف من اقدام کند) در این درخواست به این معناست که محتوای این درخواست را مطالعه و درک کرده‌ام. اگر فرد مجازی (مطابق شرح فوق) امضا کرده باشد، این امضا گواهی می‌دهد که: 1) این شخص طبق قانون ایالتی مجاز به تکمیل این ثبت نام است و 2) مدارک این اختیار قانونی در صورت درخواست از سوی Medicare در دسترس قرار می‌گیرد.

امضا:	تاریخ امروز (سال/روز/ماه):
-------	----------------------------

اگر نماینده مجاز هستید، باید صفحه قبل را امضا کنید و اطلاعات زیر:

نام:

نشانی:

شهر:

ایالت: کدپستی:

شماره تلفن:

نسبت با ثبت نام کننده:

فقط برای افرادی که به ثبت نام در تکمیل این فرم کمک می کنند

اگر شما فردی (مثلاً مشاوران SHIP State Health Insurance Program، برنامه کمک دولتی بیمه سلامت)، اعضای خانواده یا سایر اشخاص ثالث) هستید که به ثبت نام کننده کمک می کنند تا این فرم را پر کند، این بخش را تکمیل کنید.

نام: _____ نسبت با ثبت نام کننده:
امضا: _____ مشاوران SHIP
دیگر افراد (شخص ثالث) خود فرد نماینده مجاز

اطلاعات عامل نوشتار/سازنده:

*فیلد الزامی را نشان می دهد

نام آژانس تعیین شده: _____
(لطفاً نام نمایندگی تعیین شده را با حروف درشت بنویسید)

شناسه مالیاتی آژانس تعیین شده*: _____
(لطفاً شناسه مالیاتی آژانس تعیین شده را با حروف بزرگ بنویسید)

نام عامل نوشتار/سازنده*: _____
(لطفاً نام عامل نوشتار/سازنده را با حروف بزرگ بنویسید)

NPN فردی عامل نوشتار/سازنده*: _____
(لطفاً NPN فردی عامل نوشتار/سازنده را با حروف بزرگ بنویسید)

شماره تلفن عامل نوشتار/سازنده: _____

نشانی ایمیل عامل نوشتار/سازنده: _____

تاریخ دریافت درخواست از سوی عامل نوشتار/سازنده (سال/روز/ماه): _____

امضای عامل نوشتار/سازنده: _____

با امضا کردن این سند، بدین وسیله گواهی می دهیم که اطلاعاتی که در این سند درج شده است، دقیق و صحیح است. ما همچنین توافق می کنیم که این ثبت نام دینفع Medicare، از طرف Blue Shield of California، با این قوانین مطابقت داشته است.

Blue Shield of California یک طرح HMO D-SNP با قرارداد Medicare و California State Medicaid Program است. ثبت نام در Blue Shield of California به تمدید قرارداد بستگی دارد.