

نموذج طلب التسجيل الفردي لعام 2024

• سوف ترسل لك خطتك فاتورة يقسط تأمين الخطة. يمكنك اختيار الاشتراك لخصم أقساط التأمين الخاصة بك من حسابك المصرفي أو الدفعة الشهرية للضمان الاجتماعي (أو مجلس تقاعد السكك الحديدية).

ماذا سيحدث بعد ذلك؟

يمكنك إرسال النموذج المكتمل والموقع عبر البريد الإلكتروني أو البريد أو الفاكس إلى:

البريد الإلكتروني: WHMembership@blueshieldca.com

البريد: Blue Shield of California

PO Box 948

Woodland Hills, CA 91365-9856

الفاكس: (877) 251-3660

بمجرد معالجتهم طلبك الخاص بالانضمام، سوف يتصلون بك.

كيف يمكنني الحصول على المساعدة بشأن هذا النموذج؟

اتصل بوكيلك المعتمد أو ممثل Blue Shield الخاص بك على الرقم **(888) 534-4263**. ويمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم **711** أو اتصل ببرنامج Medicare على الرقم **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227). ويمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **1-877-486-2048**.

En español: Llame a su Agente Autorizado o a su Representante de Blue Shield al **(888) 534-4263**. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al **711** o a Medicare gratis al **1-800-633-4227** y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

الأشخاص الذين يعانون من حالات التشرد

• إذا كنت ترغب في الانضمام إلى إحدى الخطط ولكن ليس لديك إقامة دائمة، فقد يعد صندوق البريد أو عنوان الملجأ أو العيادة أو العنوان الذي تتلقى فيه البريد (على سبيل المثال، شيكات الضمان الاجتماعي) عنوان إقامتك الدائمة.

من يمكنه استخدام هذا النموذج؟

الأشخاص المشتركون في برنامج Medicare الذين يرغبون في الانضمام إلى خطة Medicare Advantage Plan

للانضمام إلى إحدى الخطط، يتعين عليك ما يلي:

- أن تكون مواطنًا أمريكيًا أو تكون موجودًا بصفة قانونية في الولايات المتحدة.
- أن تكون مقيمًا في منطقة الخدمة التابعة للخطة
- **مهم:** للانضمام إلى خطة Medicare Advantage Plan، يجب أن تتمتع أيضًا بكلٍ مما يلي:
- القسم أ من برنامج Medicare (تأمين المستشفى)
- القسم ب من برنامج Medicare (التأمين الطبي)

متى يمكنني استخدام هذا النموذج؟

يمكنك الانضمام إلى إحدى الخطط:

- في الفترة من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر من كل عام (للتغطية بدءًا من 1 يناير)
 - في غضون 3 أشهر من الاشتراك في برنامج Medicare للمرة الأولى
 - في بعض الحالات التي يُسمح لك فيها بالانضمام إلى الخطط أو تبديلها
- تفضل بزيارة Medicare.gov للتعرف على المزيد حول الوقت الذي يمكنك فيه الاشتراك بإحدى الخطط.

ما الذي أحجته لإكمال هذا النموذج؟

- رقم Medicare الخاص بك (الرقم الموجود على بطاقة Medicare ذات اللون الأحمر والأبيض والأزرق)
- عنوانك الدائم ورقم هاتفك

ملحوظة: يجب عليك استكمال جميع العناصر الواردة في القسم 1. علمًا بأن العناصر الواردة في القسم 2 اختيارية - أي لا يجوز رفض التغطية بسبب عدم تعبئتها.

تذكيرات:

- إذا كنت ترغب في الانضمام إلى إحدى الخطط في أثناء فترة التسجيل المفتوح في فصل الخريف (15 أكتوبر - 7 ديسمبر)، فيجب أن تحصل الخطة على النموذج المكتمل بحلول 7 ديسمبر.

طبقًا لقانون الحد من الأعمال الورقية لعام 1995، لا ينبغي لأي شخص الاستجابة إلى مجموعة من المعلومات ما لم تكن تحمل رقمًا قابليًا صالحًا من مكتب الإدارة والموازنة (OMB). إن رقم الرقابة الصالح لمكتب الإدارة والموازنة الخاص بجمع هذه المعلومات هو 0938-1378. يُقدَّر الوقت المطلوب لاستكمال جمع هذه المعلومات بمتوسط 20 دقيقة لكل إجابة، بما في ذلك وقت مراجعة التعليمات، والبحث في مصادر البيانات الحالية، وجمع البيانات المطلوبة، واستكمال جمع المعلومات ومراجعتها. إذا كانت لديك أي تعليقات بشأن دقة التقدير (التقديرات) الزمنية أو اقتراحات لتحسين هذا النموذج، يُرجى إرسالها على العنوان التالي: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

تجنب إرسال هذا النموذج أو أي عناصر تتضمن معلوماتك الشخصية (مثل المطالبات والمدفوعات والسجلات الطبية وما إلى ذلك) إلى مكتب تخليص تقارير تحليل المخاطر المحتملة. وسيتم تدمير أي عناصر نحصل عليها لا تتعلق بكيفية تحسين هذا النموذج أو عبء جمعه (الموضح في 0938-1378 OMB)، ولن يتم الاحتفاظ بها أو مراجعتها أو إرسالها إلى الخطة. انظر "ماذا سيحدث بعد ذلك؟" في هذه الصفحة لإرسال النموذج المكتمل إلى الخطة.

القسم 1 - جميع الحقول الواردة في هذا القسم مطلوبة (ما لم يتم تحديدها كحقول اختيارية)

حدد الخطة التي تريد الانضمام إليها:

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Los Angeles/San Diego Counties

(\$0 لكل شهر)

اسم العائلة:	الاسم الأول:	الحرف الأول من الاسم الأوسط: (اختياري)
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة):	الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	
رقم الهاتف:	نوع الهاتف: <input type="checkbox"/> هاتف أرضي <input type="checkbox"/> هاتف جوال	
عنوان شارع الإقامة الدائمة: (تجنب كتابة صندوق البريد)		
عنوان الشارع:	المدينة:	الولاية:
الرمز البريدي:		
العنوان البريدي، إذا كان مختلفًا عن عنوانك الدائم: (يُسمح بكتابة صندوق البريد)		
عنوان الشارع:	المدينة:	الولاية:
الرمز البريدي:		
معلوماتك الخاصة ببرنامج Medicare:		
رقم برنامج Medicare:		
أجب عن هذه الأسئلة المهمة:		
هل تتمتع بتغطية أخرى للأدوية المقررة بوصفة طبية (مثل VA وTRICARE) بالإضافة إلى Blue Shield TotalDual Plan؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية:		
اسم التغطية الأخرى:		
رقم العضو لهذه التغطية:		
رقم المجموعة لهذه التغطية:		
التغطية الطبية:		
اسم التغطية الأخرى:		
رقم العضو لهذه التغطية:		
رقم المجموعة لهذه التغطية:		
هل أنت مشترك في برنامج State Medicaid (Medi-Cal) الخاص بك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى تقديم رقم Medicaid (Medi-Cal) الخاص بك		

مهم: اقرأ ووقع أدناه:

- يجب أن أحتفظ بكلٍ من Hospital (القسم أ) و Medical (القسم ب) للبقاء في خطة Blue Shield TotalDual Plan.
- من خلال الانضمام إلى خطة Medicare Advantage Plan هذه، أقر بأنه يمكن لخطة Blue Shield Medicare Advantage Plan الخاصة بي مشاركة معلوماتي مع برنامج Medicare، الذي قد يستخدمها لتتبع تسجيلي، وتسديد الدفعات، ولأغراض أخرى يقرها القانون الفيدرالي الذي يسمح بجمع هذه المعلومات (انظر بيان قانون الخصوصية الوارد أدناه). إن إجابتك عن هذا النموذج أمر طوعي. ومع ذلك، قد يؤثر عدم الإجابة على إتمام التسجيل في الخطة.
- أدرك أنه لا يمكنني التسجيل إلا في خطة MA واحدة في نفس الوقت - وأن التسجيل في هذه الخطة سينتهي تسجيلي تلقائيًا في خطة MA الأخرى (تطبق الاستثناءات على خطط MA PFFS و MA MSA).
- أدرك أنه عندما تبدأ تغطية خطة Blue Shield Medicare Advantage Plan، يجب أن أحصل على جميع مزايا الأدوية الطبية والأدوية المقررة بوصفة طبية من خطة Blue Shield Medicare Advantage Plan هذه. وستتم تغطية المزايا والخدمات التي تقدمها خطة Blue Shield Medicare Advantage Plan والمضمنة في مستند خطة Blue Shield Medicare Advantage Plan دليل التغطية (المعروف أيضًا باسم عقد العضو أو اتفاقية المشترك). ولن يتحمل برنامج Medicare أو خطة Blue Shield Medicare Advantage Plan مسؤولية دفع تكاليف المزايا أو الخدمات غير المشمولة بالتغطية.
- المعلومات الواردة في نموذج التسجيل هذا صحيحة على حد علمي، كما أدرك أنني إذا قدمت معلومات خاطئة عمدًا في هذا النموذج، فسيتم إلغاء تسجيلي من الخطة.
- أدرك أن توقيعني (أو توقيع الشخص المعتمد قانونًا بالتصرف بالنيابة عني) على هذا الطلب يعني أنني قرأت محتويات هذا الطلب وفهمتها. إذا وقع ممثل معتمد على الطلب (كما هو موضح أعلاه)، فإن هذا التوقيع يشهد بأن:
 - 1) هذا الشخص معتمد بموجب قانون الولاية لاستكمال عملية التسجيل هذه.
 - 2) يتوفر توثيق هذه الصلاحية بناءً على طلب من Medicare.

التوقيع:	تاريخ اليوم (شهر/يوم/سنة):
----------	----------------------------

إذا كنت الممثل المعتمد، فيُرجى التوقيع أعلاه وتعبئة هذه الحقول.
الاسم:

عنوان الشارع:

المدينة: الولاية: الرمز البريدي:

رقم الهاتف:

العلاقة بالمُسجِّل:

القسم 2 - جميع الحقول في هذا القسم اختيارية

الإجابة عن هذه الأسئلة اختيارية، ولا يجوز رفض التغطية بسبب عدم تعبئتها.

هل أنت من أصل إسباني، لاتيني و/أو إسباني؟ حدد كل ما ينطبق.

- لا، ليس من أصل إسباني، لاتيني أو إسباني
 نعم، بورتوريكو
 نعم، شخص آخر من أصل إسباني، لاتيني أو إسباني
 أفضل عدم الإجابة.
- نعم، مكسيكي، أمريكي مكسيكي، شيكانو
 نعم، كوباني

ما هو عرقك؟ حدد كل ما ينطبق.

- هندي أمريكي أو آسيوي من سكان ألاسكا الأصليون:
 هندي آسيوي
 صيني
 فلبيني
 ياباني
 كوري
 فيتنامي
 آسيوي آخر
- أمريكي أسود أو أمريكي من أصل أفريقي سكان جزر هاواي والمحيط الهادئ الأصليون:
 غواميان أو تشامورو
 سكان هاواي الأصليون
 ساموا
 سكان جزر المحيط الهادئ الأخرى
 السكان ذوو البشرة البيضاء
 أفضل عدم الإجابة.

حدد لغة إذا كنت تريد مَنّا أن نرسل لك المعلومات بلغة غير الإنجليزية.

- العربية
 الأرمنية
 الكمبودية
 الصينية (المبسطة)
 الصينية (التقليدية)
 الفارسية
 الكورية
 الروسية
 الإسبانية
 التاغالوغية
 الفيتنامية

حدد خيارًا إذا كنت تريد مَنّا أن نرسل لك المعلومات بتنسيق يسهل الوصول إليه.

طريقة برايل الطباعة بأحرف كبيرة قرص صوتي

يُرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم (711) (TTY: 452-4413) (800) إذا كنت بحاجة إلى معلومات بتنسيق يسهل الوصول إليه بخلاف ما هو مذكور أعلاه. ساعات العمل لدينا من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، طوال أيام الأسبوع.

عنوان البريد الإلكتروني: رقم الهاتف المحمول:

إن تقديم عنوان بريدك الإلكتروني أعلاه يؤدي تلقائيًا إلى تسجيلك في التسليم غير الورقي لبعض عمليات التواصل لخطتك،

وسوف تحصل على العديد من اتصالات خطتك المطلوبة والتي يتم تسليمها إلكترونيًا. سوف نرسل إليك بريدًا إلكترونيًا عند توفر أساليب تواصل جديدة (على سبيل المثال: شرح المزايا أو الإشعار السنوي بالتغييرات) عبر الإنترنت. يمكنك الوصول إلى أساليب التواصل هذه من خلال أي جهاز مثل جهاز كمبيوتر أو جهاز لوحي أو هاتف محمول.

بدلًا من التسليم غير الورقي، سوف نرسل إليك نسخًا ورقية من المواد المطلوبة عبر البريد. يُرجى ملاحظة أن بعض عمليات التواصل تكون كبيرة جدًا وقد لا تتناسب مع جميع صناديق البريد، لذا يمكنك تغيير تفضيلاتك للتسليم في أي وقت.

هل تعمل؟ نعم لا هل زوجك يعمل؟ نعم لا

أدرج طبيب الرعاية الأولية (PCP) أو العيادة أو المركز الصحي الخاص بك:

اسم الطبيب أو العيادة أو المركز الصحي:

رقم تعريف الطبيب أو العيادة أو المركز الصحي:

اسم مجموعة الطبيب أو العيادة أو المركز الصحي:

المريض الحالي؟ نعم لا

سداد أقساط خطتك

يمكنك سداد قسط خطتك الشهري (بما في ذلك أي غرامة تسجيل متأخرة عليك حاليًا أو قد تدين بها) عبر البريد كل شهر. إذا كان لدى خطتك قسط مسبق، فستتلقى فاتورة شهرية تتضمن المبلغ وتاريخ استحقاق الدفعة التالية، أو يمكنك اختيار دفع قسط التأمين الخاص بك عن طريق سحبه تلقائيًا من مخصصات الضمان الاجتماعي أو مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB) كل شهر.

لمعرفة المزيد حول خيارات السداد المتاحة لك، تفضل بزيارتنا على الموقع الإلكتروني blueshieldca.com/medicarewaystopay أو الاتصال بخدمة العملاء على الرقم (800) 452-4413 (TTY: 711).

خصم تلقائي من شيك المزايا الشهرية للضمان الاجتماعي أو مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB).

أحصل على إعانات شهرية من: الضمان الاجتماعي مجلس تقاعد السكك الحديدية

قد يستغرق خصم الضمان الاجتماعي/مجلس تقاعد السكك الحديدية شهرين أو أكثر للبدء. وفي معظم الحالات، إذا قبل الضمان الاجتماعي/مجلس تقاعد السكك الحديدية طلبك للخصم التلقائي، فسوف يشمل الخصم الأول من شيك مزايا الضمان الاجتماعي/مجلس تقاعد السكك الحديدية جميع الأقساط المستحقة بدءًا من تاريخ سريان تسجيلك حتى نقطة بدء الاستقطاع. وإذا لم يوافق الضمان الاجتماعي/مجلس تقاعد السكك الحديدية على طلبك للخصم التلقائي، فسوف نرسل إليك فاتورة ورقية بأقساطك الشهرية.

إذا كان يتعين عليك دفع مبلغ التعديل الشهري المرتبط بالدخل في القسم د (مبلغ IRMAA في القسم د)، فيجب عليك دفع هذا المبلغ الإضافي إلى جانب قسط خطتك. عادةً ما يتم خصم المبلغ من مخصصات الضمان الاجتماعي الخاصة بك أو قد تحصل على فاتورة من Medicare (أو مجلس تقاعد السكك الحديدية). تجنب دفع مبلغ IRMAA بالقسم د إلى شركة Blue Shield of California.

معلومات المنتج: اسم المنتج ورقم تعريفه أو رقم NPN **مطلوب**.

اسم الوكالة:

(يُرجى كتابة اسم الوكالة المعينة)

رقم تعريف الوكالة:

(يُرجى كتابة رقم التعريف الضريبي للوكالة)

اسم المنتج (وكيل الكتابة) (مطلوب):

(يُرجى كتابة اسم وكيل الكتابة)

رقم تعريف المنتج:

(يُرجى كتابة رقم التعريف الضريبي للوكيل)

المنتج (وكيل الكتابة) رقم NPN أو TIN (مطلوب أحدهما):

(يُرجى كتابة رقم NPN أو TIN)

رقم هاتف المنتج:

عنوان البريد الإلكتروني للمنتج:

تاريخ استلام المنتج للطلب:

توقيع المنتج:

أقر بموجب توقيعني أنني قرأت وفهمت إرشادات التواصل والتسويق الخاصة بـ CMS Medicare وقواعد التسجيل وأؤكد أن المسجل قد تلقى مجموعة تسجيل كاملة. وأوافق على أن عملية التسجيل الخاصة بالمستفيد من برنامج Medicare، نيابةً عن Blue Shield of California، قد التزمت بهذه القواعد.

إن Blue Shield of California هي خطة HMO D-SNP المتعاقدة مع كل من برنامجي Medicare و California State Medicaid. ويعتمد التسجيل في Blue Shield of California على تجديد العقود.

بيان قانون الخصوصية

تتولى مراكز خدمات Medicare & Medicaid Services جمع المعلومات من خطط Medicare من أجل تتبع تسجيل المستفيدين في خطط Medicare Advantage (MA)، وتحسين الرعاية، ودفع مزايا Medicare. وتسمح الأقسام 1851 من قانون الضمان الاجتماعي و42 CFR §§ 422.50 و422.60 بجمع هذه المعلومات. يجوز لمراكز خدمات CMS استخدام بيانات التسجيل الخاصة بالمستفيدين من برنامج Medicare والكشف عنها وتبادلها على النحو المحدد في نظام إشعار السجلات (SORN) "خطة الأدوية المقررة بوصفها طبية من Medicare Advantage (MARx)"، رقم النظام 09-70-0588. إن إجابتك عن هذا النموذج أمر طوعي. ومع ذلك، قد يؤثر عدم الإجابة على عملية التسجيل في الخطة.

عادةً، لا يجوز لك التسجيل في خطة Medicare Advantage إلا خلال فترة التسجيل السنوية الممتدة من 15 أكتوبر حتى 7 ديسمبر من كل عام. إلا إن هناك بعض الاستثناءات التي قد تسمح لك بالتسجيل في إحدى خطط Medicare Advantage بعد مرور تلك الفترة.

يُرجى قراءة العبارات التالية بعناية وتحديد المربع إذا كانت العبارة تنطبق عليك. ومن خلال تحديد أيٍّ من المربعات التالية، فإنك تقر -على حد علمك- بأنك مؤهل لفترة التسجيل. وإذا توصلنا فيما بعد إلى أن هذه المعلومات غير صحيحة، فيجوز إلغاء تسجيلك.

- أنا متقدم جديد لبرنامج Medicare.
- أنا مسجل في خطة Medicare Advantage وأريد إجراء تغيير خلال فترة التسجيل المفتوحة لبرنامج Medicare Advantage (MA OEP).
- لقد انتقلت مؤخرًا خارج منطقة الخدمة الخاصة بخطتي الحالية أو قدمت هنا مؤخرًا وهذه الخطة تمثل خيارًا جديدًا بالنسبة لي. لقد انتقلت في (أدخل التاريخ شهر/يوم/سنة)
- _____
- تم إطلاق سراحني من السجن مؤخرًا. تم إطلاق سراحني في (أدخل التاريخ شهر/يوم/سنة)
- _____
- لقد عدت مؤخرًا إلى الولايات المتحدة بعد الإقامة الدائمة خارجها. لقد عدت إلى الولايات المتحدة في (أدخل التاريخ شهر/يوم/سنة)
- _____
- لقد حصلت مؤخرًا على تصريح التواجد قانونيًا في الولايات المتحدة. لقد حصلت على هذا التصريح في (أدخل التاريخ شهر/يوم/سنة)
- _____
- لقد أجريت مؤخرًا تغييرًا على برنامج Medicaid الخاص بي (اشتركت حديثًا في Medicaid، أو حدث تغيير في مستوى مساعدة Medicaid، أو لم أعد مشتركًا في Medicaid) في (أدخل التاريخ شهر/يوم/سنة)
- _____
- لقد أجريت مؤخرًا تغييرًا على برنامج Extra Help الخاص بي في دفع تكاليف تغطية الأدوية المقررة بوصفها طبية من Medicare (اشتركت حديثًا في Extra Help، أو حدث تغيير في مستوى Extra Help، أو لم أعد مشتركًا في Extra Help) في (أدخل التاريخ شهر/يوم/سنة)
- _____
- لقد اشتركت في كل من برنامجي Medicare وMedicaid (أو تساعد ولايتي في دفع أقساط Medicare الخاصة بي) أو اشتركت في برنامج Extra Help لدفع تكاليف تغطية الأدوية المقررة بوصفها طبية من Medicare، ولكن لم يحدث أي تغيير.
- سوف أنتقل إلى أحد مرافق الرعاية طويلة الأجل أو أعيش فيها أو خرجت منها مؤخرًا (على سبيل المثال، دار رعاية أو منشأة رعاية طويلة الأجل). لقد انتقلت/سوف أنتقل إلى/خارج المنشأة في (أدخل التاريخ شهر/يوم/سنة)
- _____

- لقد غادرت مؤخرًا برنامج PACE في (أدخل التاريخ شهر/يوم/سنة)
- _____
- لقد فقدت مؤخرًا التغطية المعتمدة للأدوية المقررة بوصفة طبية (تغطية جيدة مثل تغطية Medicare).
لقد فقدت تغطية الأدوية الخاصة بي في (أدخل التاريخ شهر/يوم/سنة)
- _____
- سوف أتوقف عن تلقي تغطية صاحب العمل أو النقابة في (أدخل التاريخ شهر/يوم/سنة)
- _____
- أخضع لبرنامج المساعدة الصيدلية الذي تقدمه الولاية التي أقيم فيها.
- سوف تنتهي خطتي عقدها مع Medicare، أو تنتهي Medicare عقدها مع خطتي.
- لقد قمت بالتسجيل في إحدى خطط برنامج Medicare (أو ولايتي) وأريد اختيار خطة مختلفة. لقد بدأ تسجيلي في تلك الخطة في (أدخل التاريخ شهر/يوم/سنة)
- _____
- لقد قمت بالتسجيل في خطة الاحتياجات الخاصة (SNP) لكن لم أعد أتمتع بالاحتياجات الخاصة اللازمة ليتم إدراجي في الخطة. لقد تم إلغاء تسجيلي بخطة SNP في (أدخل التاريخ شهر/يوم/سنة)
- _____
- لقد تأثرت بحالة طوارئ أو كارثة كبرى (كما أعلنت الوكالة الفيدرالية لإدارة الطوارئ (FEMA) أو جهة حكومية فيدرالية أو تابع للولاية أو محلية). تنطبق عليّ إحدى العبارات الأخرى هنا، لكنني لم أتمكن من تقديم طلب الالتحاق بسبب الكارثة.
- لقد فاتتني فترة التسجيل الأولية (IEP)
- لقد فاتتني فترة التسجيل السنوية (AEP)
- أنا مشترك في خطة تم الاستيلاء عليها مؤخرًا من قبل الولاية أو السلطة التنظيمية المعمول بها في الولاية بسبب مشكلات مالية. أرغب في التبديل إلى خطة أخرى.
- أنا مشترك في خطة حصلت عليّ تقييم أقل من 3 نجوم خلال السنوات الثلاث الماضية. أريد الانضمام إلى خطة ذات تقييم 3 نجوم أو أعلى.
- أنا مشترك جديد في برنامج Medicare وقد تم منح استحقاق برنامج Medicare بأثر رجعي، لذلك تم إخطاري بشأن الحصول على برنامج Medicare بعد تاريخ سريان القسم "أ" و/أو "ب".
- إذا لم تنطبق عليك أي من هذه البيانات أو لم تكن متأكدًا، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield of California على الرقم **(888) 534-4263 (TTY: 711)** أو الوكيل المعتمد، لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً للتسجيل. خدماتنا متاحة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، طوال أيام الأسبوع من 1 أكتوبر إلى 31 مارس ومن الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة، من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر.