

2024 Form ng Kahilingan ng Indibidwal na Pagpapatala

Sino ang maaaring gumamit ng form na ito?

Ang mga taong may Medicare na gustong sumali sa isang Planong Medicare Advantage

Para sumali sa isang plano, dapat:

- Mamamayan ka ng Estados Unidos o legal kang nasa U.S.
- Nakatira ka sa pinagseserbisyuhang lugar ng plano

Mahalaga: Parasumali sa isang Planong Medicare Advantage, dapat mayroon ka din ng:

- Medicare Bahagi A (Insurance sa Ospital)
- Medicare Bahagi B (Medikal na Insurance)

Kailan ko gagamitin ang form na ito?

Maaari kang sumali sa isang plano:

- Sa pagitan ng Oktubre 15 - Disyembre 7 bawat taon (para sa saklaw na magsisimula sa Enero 1)
- Sa loob ng 3 buwan ng unang pagkuha ng Medicare
- Sa ilang partikular na sitwasyon kung saan pinapayagan kang sumali sa o magpalit ng plano

Bisitahin ang Medicare.gov para matuto pa tungkol sa kung kailan ka maaaring mag-sign up para sa isang plano.

Ano ang kailangan ko para masagutan ang form na ito?

- Ang iyong Numero ng Medicare (ang numero sa iyong pula, puti, at asul na card ng Medicare)
- Ang iyong permanenteng address at numero ng telepono

Tandaan: Dapat mong kumpletuhin ang lahat ng item sa Seksyon 1. Opsyonal ang mga item sa Seksyon 2 - hindi ka maaaring tanggihan na saklaw dahil hindi mo sinagutan ang mga ito.

Mga Paalala:

- Kung gusto mong sumali sa isang plano sa panahon ng bukas na pagpapatala sa taglagas (Oktubre 15 - Disyembre 7), dapat makuha ng plano ang iyong nakumpletong form sa Disyembre 7.

Ayon sa Paperwork Reduction Act of 1995 (Batas ng Pagbabawas ng Dokumentasyon sa Papel ng 1995), walang sinuman ang kinakailangang tumugon sa pagkolekta ng impormasyon maliban kung nagpapakita ito ng tamang Office of Management and Budget (OMB, Tanggapan ng Pamamahala at Badyet) control number. Ang tamang OMB control number para sa pagkolekta ng impormasyong ito ay 0938-1378. Ang kinakailangang oras para makumpleto ang impormasyong ito ay tinatayang humigit-kumulang na 20 minuto sa bawat tugon, kabilang ang oras para suriin ulit ang mga tagubilin, maghanap ng mga kasalukuyang mapagkukunan ng datos, mangalap ng mga kinakailangang datos, at sagutan at suriin ulit ang koleksyon ng impormasyon. Kung mayroon kang anumang komentong nauugnay sa katumpakan ng (mga) pagtatantya ng oras o mga mungkahi para sa pagpapabuti ng form ito, mangyaring sumulat sa: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

MAHALAGA

Huwag ipadala ang form na ito o ang anumang item na may personal na impormasyon mo (tulad ng mga habol, pagbabayad, medikal na tala, atbp.) sa Opisina ng Clearance ng Mga Ulat ng PRA. Ang anumang item na nakukuha naming hindi tungkol sa kung paano pagbutihin ang form na ito o ang pasanin sa pagkolekta nito (na nakabalangkas sa OMB 0938-1378) ay sisirain. Hindi ito itatago, susuriin, o ipapasa sa plano. Tingnan ang “Ano ang susunod na mangyayari?” sa pahinang ito para ipadala ang iyong nasugatang form sa plano.

- Papadalhan ka ng iyong plano ng bayarin para sa premium ng plano. Maaari mong piliing mag-sign up para maikaltas ang iyong mga pagbabayad sa premium mula sa iyong bank account o sa iyong buwanang benepisyo sa Segurong Panlipunan (o Lupon ng Pagreretiro ng Mga Manggagawa sa Riles).

Ano ang susunod na mangyayari?

I-email, I-mail, o I-fax ang iyong nasagutan at nilagdaang form sa:

Email: WHMembership@blueshieldca.com

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

Fax: (877) 251-3660

Kapag ipinroseso na nila ang kahilingan mong sumali, makikipag-ugnayan sila sa iyo.

Paano ako makakakuha ng tulong sa form na ito?

Tawagan ang iyong Pinahintulatang Ahente o ang iyong Kinatawan ng Blue Shield sa **(888) 534-4263**. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **711**. O, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 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.

Mga indibidwal na nakakaranas ng kawalan ng tirahan

- Kung gusto mong sumali sa isang plano, pero wala kang permanenteng tirahan, ang isang Post Office Box, address ng kanlungan o klinika, o ang address kung saan tumatanggap ng mail (hal., mga tseke mula sa segurong panlipunan) ay maaaring ituring na permanenteng address ng tirahan mo.

Seksyon 1 - Kinakailangan ang lahat ng patlang sa seksyong ito (maliban kung minarkahang opsyonal)

Piliin ang planong gusto mong salihan:

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Mga County ng Los Angeles/San Diego
(\$0 bawat buwan)

| | | |
|-------------------------------------|--|--------------------------------|
| Apelyido: | Unang Pangalan: | Gitnang Inisyal: (opsyonal) |
| Petsa ng Kapanganakan (MM/DD/YYYY): | Kasarian: <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae | |
| Numero ng Telepono: | Uri ng Telepono: <input type="checkbox"/> Landline <input type="checkbox"/> Mobile | |

Street Addressng Permanenteng Tirahan: (Huwag maglagay ng P.O. Box)

Street Address:

Lungsod: Estado: ZIP code:

Address sa pag-mail (kung iba pa ito sa iyong permanenteng address): (Pinapayagan ang P.O. Box)

Street Address:

Lungsod: Estado: ZIP code:

Ang iyong impormasyon sa Medicare:

Numero ng Medicare:

Sagutin ang mahahalagang tanong na ito:

Magkakaroon ka ba ng iba pang saklaw ng de-resetang gamot (tulad ng VA, TRICARE) bilang karagdagan sa Blue Shield TotalDual Plan? Oo Hindi

Saklaw ng resetang gamot:

Pangalan ng iba pang saklaw:

Numero ng miyembro para sa saklaw na ito:

Numero ng grupo para sa saklaw na ito:

Medikal na saklaw:

Pangalan ng iba pang saklaw:

Numero ng miyembro para sa saklaw na ito:

Numero ng grupo para sa saklaw na ito:

Nakatala ka ba sa iyong programa ng State Medicaid (Medi-Cal)? Oo Hindi
Kung oo, mangyaring ibigay ang iyong numero ng Medicaid (Medi-Cal)

MAHALAGA: Basahin at lagdaan ang nasa ibaba:

- Dapat panatilihin ko ang parehong Ospital (Bahagi A) at Medikal (Bahagi B) para makapanatili sa Blue Shield TotalDual Plan.
- Sa pamamagitan ng pagsali sa Planong Medicare Advantage na ito, kinikilala kong ibabahagi ng Planong Medicare Advantage ng Blue Shield ko ang aking impormasyon sa Medicare, na maaaring gamitin ito para subaybayan ang pagpapatala ko, para magbayad, at para sa iba pang layuning pinapayagan ng Pederal na batas na nagpapahintulot sa pagkolekta ng impormasyong ito (tingnan ang Pahayag ng Batas sa Pagkapribado sa ibaba). Kusang-loob ang ang iyong pagtugon sa form na ito. Gayunpaman, ang kabiguang tumugon ay maaaring makaapekto sa pagpapatala sa plano.
- Nauunawaan kong maaari akong maitala sa isang plano lamang ng MA sa isang pagkakataon - at ang pagpapatala sa planong ito ay awtomatikong tatapusin ang aking pagpapatala sa ibang plano ng MA (nalalapat ang mga pagbubukod para sa mga plano ng MA PFFS, MA MSA).
- Nauunawaan kong kapag nagsimula ang aking saklaw ng Planong Medicare Advantage ng Blue Shield, dapat kunin ko ang lahat ng aking mga benepisyong sa medikal at resetang gamot mula sa Planong Medicare Advantage ng Blue Shield. Ang mga benepisyong at serbisyo na ibinigay ng aking Planong Medicare Advantage ng Blue Shield at nakapaloob sa aking dokumento ng *Katibayan ng Saklaw* ng Planong Medicare Advantage ng Blue Shield na (kilala rin bilang isang kontrata ng miyembro o kasunduan sa subscriber) ay sasaklawin. Hindi babayaran ng alinman sa Medicare o Planong Medicare Advantage ng Blue Shield ko ang mga benepisyong o serbisyong hindi saklaw.
- Tama ang impormasyon sa form ng pagpapatalang ito sa abot ng aking kaalaman. Nauunawaan ko na kung sasadyain kong magbigay ng maling impormasyon sa form na ito, tatanggalin ako sa plano.
- Nauunawaan kong ang lagda ko (o ang lagda ng taong pinahintulutang kumilos sa ngalan ko) sa aplikasyong ito ay nangangahulugang nabasa at naunawaan ko ang mga nilalaman ng aplikasyong ito. Kung nilagdaan ng pinahintulutang indibidwal (tulad ng inilarawan sa itaas), pinapatunayan ng lagdang itong:
 - 1) Pinahintulutan ang taong ito sa ilalim ng batas ng Estado para sagutan ang pagpapatalang ito, at
 - 2) Makukuha ang dokumentasyon ng awtoridad na ito kapag hiniling ng Medicare.

| | |
|---------------|-----------------------------------|
| Lagda: | Petsa Ngayon (MM/DD/YYYY): |
|---------------|-----------------------------------|

Kung ikaw ang pinahintulutang kinatawan, lumagda sa itaas at sagutan ang mga patlang na ito.

Pangalan:

Street Address:

Lungsod:

Estado: ZIP code:

Numero ng Telepono:

Relasyon sa Nagpapatala:

Seksyon 2 - Opsyonal ang lahat ng patlang sa seksyong ito

Ayon sa kagustuhan mo ang pagsagot sa mga katanungang ito. Hindi ka maaaring tanggihan ng saklaw dahil hindi mo sinagutan ang mga ito.

Ikaw ba ay Hispanic, Latino/a, o Espanyol ang pinagmulan? Piliin ang lahat ng nalalapat.

- Hindi, hindi Hispanic, Latino/a, o Espanyol ang pinagmulan
- Oo, Puerto Rican
- Oo, ibng Hispanic, Latino/a, o Espanyol ang pinagmulan
- Pinipili kong huwag sagutin ito.**
- Oo, Mexican, Mexican American, Chicano/a
- Oo, Cuban

Ano ang iyong lahi? Piliin ang lahat ng nalalapat.

- American Indian o Alaska Native
- Asian:
- Asian Indian
- Chinese
- Filipino
- Japanese
- Korean
- Vietnamese
- Iba pang Asian
- Black o African American
- Native Hawaiian at Pacific Islander:
- Guamanian o Chamorro
- Native Hawaiian
- Samoan
- Iba pang Pacific Islander
- White
- Pinipili kong huwag sagutin ito.**

Pumili ng isa kung gusto mong magpadala kami sa iyo ng impormasyon sa isang wika maliban sa English.

- Arabe
- Armenian
- Cambodian
- Chinese (Simplified)
- Chinese (Traditional)
- Farsi
- Korean
- Russian
- Espanyol
- Tagalog
- Vietnamese

Pumili ng isa kung gusto mong magpadala kami sa iyo ng impormasyon sa isang naa-access na format.

- Braille
- Malalaking Titik
- Audio CD

Mangyaring makipag-ugnayan sa Blue Shield of California sa **(800) 452-4413 (TTY: 711)** kung kailangan mo ng impormasyon sa ibang naa-access na format na bukod sa nakalista sa itaas. Ang oras ng aming opisina ay 8 a.m. hanggang 8 p.m. pitong araw sa isang linggo.

Email address:

Numero ng Mobile Phone:

Kapag ibinigay mo ang iyong email address sa itaas, awtomatiko kang maitatala sa walang papel na paghahatid para sa ilan sa iyong mga komunikasyon sa plano.

Elektronikong ipapadala ang marami sa iyong mga kinakailangang komunikasyon sa plano. Padadalhan ka namin ng email kapag available na online ang mga bagong komunikasyon (halimbawa: Paliwanag ng Mga Benepisyo o ang Taunang Abiso ng Mga Pagbabago). Maaari mong i-access ang mga komunikasyong ito sa pamamagitan ng anumang device tulad ng computer, tablet, o mobile phone.

Sa halip na walang papel na paghahatid, ime-mail namin sa iyo ang mga pisikal na kopya ng mga kinakailangang materyales. Mangyaring tandaang ang ilang komunikasyon ay napakalaki at maaaring hindi magkasya sa lahat ng mailbox. Maaari mong baguhin ang iyong kagustuhan para sa paghahatid anumang oras.

Nagtatrabaho ka ba? Oo Hindi **Nagtatrabaho ba ang iyong asawa?** Oo Hindi

Ilista ang iyong Doktor sa Pangunahing Pangangalaga (PCP, Primary Care Physician), Klinika, o Health Center (Sentrong Pangkalusugan):

Pangalan ng Doktor, Klinika, o Health Center:

Numero ng ID ng Doktor, Klinika, o Health Center:

Pangalan ng Grupo ng Doktor, Klinika, o Health Center:

Kasalukuyang Pasyente? Oo Hindi

Pagbabayad ng iyong mga premium sa plano

Maaari mong bayaran ang iyong buwanang premium sa plano (kasama ang anumang multa sa nahuling pagpapatala na kasalukuyang mayroon ka o maaaringutang mo) sa pamamagitan ng mail bawat buwan. Kung may premium na babayaran sa iyong plano, makakatanggap ka ng buwanang bayarin kasama ang halaga at ang petsa kung kailan ang nakatakdang susunod mong pagbabayad, o maaari mong piliing bayaran ang iyong premium sa pamamagitan ng awtomatikong pagpapakaltas nito sa iyong benepisyong sa Segurong Panlipunan o Lupon ng Pagreretiro ng Mga Manggagawa sa Riles (RRB) bawat buwan.

Para matutunan pa ang tungkol sa iyong mga opsyon sa pagbabayad, bisitahin kami sa blueshieldca.com/medicarewaystopay o tawagan ang Pangangalaga sa Customer sa **(800) 452-4413 (TTY: 711)**.

Awtomatikong pagbawas mula sa iyong buwanang Segurong Panlipunan o tseke ng benepisyong ng Lupon ng Pagreretiro ng Mga Manggagawa sa Riles (RRB).

Nakakakuha ako ng buwanang benepisyong mula sa: Segurong Panlipunan RRB

(Ang pagkakaltas sa Segurong Panlipunan/Lupon ng Pagreretiro ng Mga Manggagawa sa Riles ay maaaring tumagal nang dalawa o higit pang buwan para magsimula. Sa karamihan ng mga kaso, kung tatanggapin ng Segurong Panlipunan/Lupon ng Pagreretiro ng Mga Manggagawa sa Riles ang iyong hiling para sa awtomatikong pagkakaltas, isasama sa unang pagkakaltas sa iyong tseke ng benepisyong sa Segurong Panlipunan/Lupon ng Pagreretiro ng Mga Manggagawa sa Riles ang lahat ng premium na dapat bayaran mula sa petsa ng pag-iral ng iyong pagpapatala hanggang sa pagsisimula ng pagkakaltas. Kung hindi aaprubahan ng Segurong Panlipunan/Lupon ng Pagreretiro ng Mga Manggagawa sa Riles ang iyong kahilingan para sa awtomatikong pagkakaltas, papadalhan ka namin ng isang papel na bayarin para sa iyong mga buwanang premium.)

Kung kailangan mong magbayad ng Bahagi D-Buwanang Halaga ng Pagsasaayos na Nauugnay sa Kita (Bahagi D-IRMAA), dapat bayaran mo ang dagdag na halagang ito bilang karagdagan sa premium ng iyong plano. Karaniwang ikinakaltas ang halagang ito mula sa iyong benepisyong sa Segurong Panlipunan, o maaari kang makakuha ng bayarin mula sa Medicare (o sa RRB). HUWAG ibabayad ang Part D-IRMAA sa Blue Shield of California.

Impormasyon ng tagagawa: Kailangan ang pangalan at ID o NPN ng tagagawa.

Pangalan ng ahensya: _____

(mangyaring i-print ang pangalan ng itinalagang ahensya)

Numero ng ID ng Ahensya: _____

(mangyaring i-print ang ID ng buwis ng ahensya)

Pangalan ng tagagawa (ahenteng nagsulat) (kinakailangan): _____

(mangyaring i-print ang pangalan ng ahenteng nagsulat)

Numero ng ID ng tagagawa: _____

(mangyaring i-print ang numero ng ID ng buwis ng ahente)

NPN o TIN (kailangan ng isa) ng tagagawa (ahenteng nagsulat): _____

(mangyaring i-print ang numero ng NPN o TIN)

Numero ng telepono ng tagagawa: _____

Email address ng tagagawa: _____

Petsa kung kailan natanggap ng tagagawa ang aplikasyon: _____

Lagda ng tagagawa: _____

Sa pamamagitan ng lagda ko, pinatutunayan ko ditong nabasa at naunawaan ko ang Mga Alituntunin sa Komunikasyon at Marketing at mga patakarang sa Pagpapatala ng CMS Medicare at kinukumpirma kong nakatanggap ang nagpapatala ng kumpletong kit sa pagpapatala. Sumasang-ayon akong ang pagpapatalang ito ng benepisyaryong ng Medicare, sa ngalan ng Blue Shield of California, ay sumunod sa mga patakarang ito.

Ang Blue Shield of California ay isang planong HMO D-SNP na may kontrata sa Medicare at maging sa Programa ng Medicaid ng Estado ng California. Nakasalalay ang pagpapatala sa Blue Shield of California sa pag-renew ng kontrata.

Pahayag ng Batas sa Pagkapribado

Ang Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Mga Sentro ng Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid) ay nangongolekta ng impormasyon mula sa mga plano ng Medicare para subaybayan ang pagpapatala ng benepisyaryo sa Mga Planong Medicare Advantage (MA), pagbutihin ang pangangalaga, at para sa pagbabayad ng mga benepisyong Medicare. Pinapahintulutan ng seksyon 1851 ng Batas sa Segurong Panlipunan at 42 CFR §§ 422.50 at 422.60 ang pagkolekta ng impormasyong ito. Magagawa ng CMS na gamitin, ibunyag, at makipagpalitan ng data ng pagpapatala mula sa mga benepisyaryo ng Medicare tulad ng tinukoy sa Sistema ng Abiso ng Mga Tala (SORN) "Resetang Gamot ng Medicare Advantage (MARx)", System No. 09-70-0588. Kusang-loob ang ang iyong pagtugon sa form na ito. Gayunpaman, ang kabiguang tumugon ay maaaring makaapekto sa pagpapatala sa plano.

Karaniwan, maaari ka lang magpatala sa plano ng Medicare Advantage sa taunang panahon ng pagpapatala mula Oktubre 15 hanggang sa Disyembre 7 ng bawat taon. May mga pagbubukod na maaaring magbigay-daan sa iyong magpatala sa plano ng Medicare Advantage sa labas ng panahong 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 ay pinapatunayan mong, sa abot ng iyong kaalaman, kwalipikado ka para sa Panahon ng Pagpapatala. Kung matutukoy namin sa kalaunang hindi tama ang impormasyong ito, maaari kang matanggal sa plano.

- Bago ako sa Medicare.
- Nakatala ako sa isang plano ng Medicare Advantage at gusto kong gumawa ng pagbabago sa panahon ng Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage (MA OEP).
- Lumipat ako kamakailan sa labas ng pinagseserbisyuhang lugar para sa aking kasalukuyang plano o lumipat ako kamakailan at bagong pagpipilian para sa akin ang planong ito. Lumipat ako noong (ilagay ang petsa MM/DD/YYYY)
_____.
- Kamakailan lamang ay pinakawalan ako mula sa pagkakulong. Pinalaya ako noong (ilagay ang petsa MM/DD/YYYY)
_____.
- Kamakailan ay bumalik ako sa Estados Unidos matapos na manirahan nang permanente sa labas ng US. Bumalik ako sa U.S. noong (ilagay ang petsa MM/DD/YYYY)
_____.
- Kamakailan ay nakakuha ako ng legal na katayuan sa presensya sa Estados Unidos. Nakuha ko ang katayuang ito noong (ilagay ang petsa MM/DD/YYYY)
_____.
- Nagkaroon ako kamakailan ng pagbabago sa aking Medicaid (bagong nakuha ang Medicaid, nagkaroon ng pagbabago sa antas ng tulong sa Medicaid, o nawala ang Medicaid) noong (ilagay ang petsa MM/DD/YYYY)
_____.
- Nagkaroon ako kamakailan ng pagbabago sa aking Extra Help (Dagdag na Tulong) na nagbabayad para sa saklaw sa resetang gamot ng Medicare (bagong nakuha ang Extra Help, nagkaroon ng pagbabago sa antas ng Extra Help, o nawala ang Extra Help) noong (ilagay ang petsa MM/DD/YYYY)
_____.
- Mayroon akong Medicare at Medicaid (o tinutulungan ako ng estado kong bayaran ang aking mga premium sa Medicare) o nakakakuha ako ng Extra Help sa pagbabayad para sa aking saklaw sa resetang gamot ng Medicare, pero wala pa akong pagbabago.

- Lumilipat ako, nakatira, o kamakailan ay lumipat sa labas ng isang Pasilidad ng Pangmatagalang Pangangalaga (halimbawa, isang nursing home o pang-matagalang pasilidad sa pangangalaga). Lumipat/lilipat/aalis ako sa pasilidad sa (ilagay ang petsa MM/DD/YYYY)
_____.
- Umalis ako kamakailan sa programa ng Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, Programa ng Ingklusibo sa Lahat na Pangangalaga para sa Matatanda) noong (ilagay ang petsa MM/DD/YYYY)
_____.
- Kamakailang hindi boluntaryong nawala sa akin ang make-credit na saklaw sa resetang gamot (saklaw na kasingganda ng Medicare). Nawala ang aking saklaw sa gamot noong (ilagay ang petsa MM/DD/YYYY)
_____.
- Aalis ako sa saklaw ng employer o unyon sa (ilagay ang petsa MM/DD/YYYY)
_____.
- Nabibilang ako sa isang programa ng tulong sa parmasya na ibinigay ng aking estado.
- Tatapusin ng aking plano ang kontrata nito sa Medicare, o tatapusin ng Medicare ang kontrata nito sa aking plano.
- Ako ay nakatala sa isang plano ng Medicare (o aking estado) at nais kong pumili ng ibang plano. Nagsimula ang pagpapatala ko sa planong iyon noong (ilagay ang petsa MM/DD/YYYY)
_____.
- Nakatala ako sa isang Plano ng Mga Espesyal na Pangangailangan (SNP) ngunit nawala ko ang kwalipikasyon ng mga espesyal na pangangailangan na kinakailangan upang maging sa plano. Inalis ako sa pagkakatala sa SNP noong (ilagay ang petsa MM/DD/YYYY)
_____.
- Naapektuhan ko ng isang emergency o malaking kalamidad (tulad ng ipinahayag ng Pederal na Ahensya ng Pamamahala sa Emerhensiya (FEMA) o ng isang Pederal, pang-estado o lokal na entity ng gobyerno). Nalalapat sa akin ang ssa sa iba pang pahayag dito, pero hindi ako nagawa ng aking kahilingan sa pagpapatala dahil sa sakuna.
 - Napalampas ko ang Panahon ng Paunang Halalan (IEP)
 - Napalampas ko ang Taunang Panahon ng Pagpapatala (AEP)
- Nabibilang ako sa planong kamakailang kinuha ng awtoridad sa regulasyon ng estado o teritoryo dahil sa mga isyu sa pananalapi. Gusto kong Lumipat sa ibang plano.
- Nabibilang ako sa planong mayroong star-rating na mas mababa sa 3 bituin sa huling 3 taon. Gusto kong sumali sa isang plano na may star rating 3 bituin o mas mataas.
- Ako ay bago sa Medicare AT Medicare karapatan ay ginawa retroactively kaya ako ay naabisuhan tungkol sa pagkuha ng Medicare pagkatapos ng aking Bahagi A at/o B epektibong petsa.

Kung wala sa mga pahayag na ito ang nalalapat sa iyo o hindi ka sigurado, mangyaring makipag-ugnayan sa Blue Shield of California sa **(888) 534-4263 (TTY: 711)** o Pinahintulatang Ahente, para malaman kung kwalipikado kang magpatala. Bukas kami 8 a.m. hanggang 8 p.m., pitong araw sa isang linggo mula Oktobre 1 hanggang Marso 31 at 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes, mula Abril 1 hanggang Setyembre 30.