

# Hướng dẫn về bảo đảm chấp nhận

## Các chương trình Bồi trợ Medicare của Blue Shield of California

Nếu gần đây quý vị đủ điều kiện tham gia Medicare hoặc mất hay kết thúc bảo hiểm y tế của mình với một chương trình khác thì quý vị có thể đủ điều kiện được bảo đảm chấp nhận tham gia chương trình Bồi trợ Medicare của Blue Shield trong các trường hợp nhất định. Hướng dẫn này sẽ giúp quý vị xác định xem quý vị có đủ điều kiện được bảo đảm chấp nhận hay không. **Nếu quý vị ở độ tuổi từ 64 trở xuống và mắc bệnh về thận ở giai đoạn cuối thì quý vị không đủ điều kiện đăng ký tham gia.**

**Quan trọng:** Xin lưu ý rằng hướng dẫn này chỉ là bản tóm tắt và được lập ra nhằm giúp quý vị xác định các trường hợp khác nhau mà có thể giúp quý vị được bảo đảm chấp nhận tham gia chương trình Bồi trợ Medicare của Blue Shield. Nó không chứa toàn bộ thông tin chi tiết của từng trường hợp. Xin hãy nhớ rằng các bộ luật quy định về các chương trình bảo đảm chấp nhận sẽ thường xuyên có thay đổi. Vui lòng hỏi đại diện bán hàng hoặc luật sư của quý vị để kiểm tra xem quý vị có đủ điều kiện để được bảo đảm chấp nhận hay không.

Nếu quý vị và thành viên khác trong gia đình đang ở độ tuổi từ 65 trở lên và được chấp nhận vào cùng một loại chương trình phúc lợi, quý vị sẽ tiết kiệm 7% phí hàng tháng nếu phát hành bảo hiểm dưới dạng một thỏa thuận. Dưới một thỏa thuận tiết kiệm hộ gia đình, mỗi quý vị đều phải đủ điều kiện để được bảo đảm chấp nhận, hoặc tùy thuộc vào bảo hiểm.

Để biết thêm thông tin về bảo đảm chấp nhận, vui lòng liên hệ đại lý hoặc gọi cho đại diện bán hàng Blue Shield của quý vị theo số điện thoại **(855) 217-1539, (TTY: 711)** dành cho người khiếm thính, từ 8:00 đến 20:00, 7 ngày mỗi tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, và 8:00 đến 20:00, Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9.

Nếu quý vị đang là thành viên hiện hữu, hãy gọi phòng Dịch vụ Khách hàng theo số **(800) 248-2341, (TTY: 711)** dành cho người khiếm thính, từ 8:00 đến 20:00, bảy ngày trong tuần, suốt cả năm.

Quý vị cũng có thể liên hệ Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, Chương trình Ứng hộ và Tư vấn Bảo hiểm Sức khỏe) của California để được hướng dẫn. HICAP tư vấn bảo hiểm sức khỏe cho những người già là công dân của California. Hãy gọi tổng đài miễn phí của HICAP theo số **(800) 434-0222** để được giới thiệu tới văn phòng HICAP địa phương của quý vị. HICAP là dịch vụ miễn phí của tiểu bang California.

Y0118\_24\_052A1\_VI\_C 02272024

## Cách sử dụng hướng dẫn này:

1. Nếu quý vị tin mình thuộc một trong các trường hợp đủ điều kiện, hãy kiểm tra lại các lựa chọn chương trình của mình và thời điểm quý vị có thể đăng ký.
2. Quyết định xem quý vị muốn đăng ký loại chương trình nào, dựa trên các mô tả chương trình trong sách Tóm tắt Quyền lợi và Quy định của Blue Shield.
3. Viết mã số trường hợp tương ứng trong phần Bảo đảm Chấp nhận của đơn đăng ký.  
Nếu quý vị đủ điều kiện để được bảo đảm chấp nhận, vui lòng không điền thông tin vào Tuyên bố Sức khỏe hoặc phần Ủy quyền Tiết lộ Hồ sơ Y tế trong đơn đăng ký. Nếu quý vị không đủ điều kiện để được bảo đảm chấp nhận, quý vị phải điền thông tin vào các phần này.
4. Nếu quý vị tin là mình đủ điều kiện để được bảo đảm chấp nhận, vui lòng điền các thông tin thích hợp vào phần thông tin Bảo hiểm hiện tại của đơn đăng ký, hoặc đính kèm chứng từ về bảo hiểm trước đó như được chỉ rõ trong bảng bên dưới.
5. Không gửi trả lại hướng dẫn này kèm theo đơn đăng ký. Hãy giữ nó lại để tham khảo cùng các tài liệu Blue Shield quan trọng khác của quý vị.

### 1

#### Trường hợp

Quý vị:

- Đã đăng ký Medicare và từ 65 tuổi trở lên; hoặc
- Mới tham gia Medicare, từ 64 tuổi trở xuống, và không mắc bệnh về thận ở giai đoạn cuối

#### Các lựa chọn chương trình của quý vị: Chương trình A, F Bổ sung,<sup>1</sup> G, G Bổ sung, hoặc N

#### Thời gian đăng ký

- Nếu quý vị từ 65 tuổi trở lên: Blue Shield phải nhận được đơn đăng ký của quý vị trước hoặc trong vòng sáu (6) tháng, bắt đầu từ ngày đầu tiên của tháng đầu tiên mà cả hai quý vị đều được 65 tuổi trở lên, và quý vị được đăng ký hưởng quyền lợi theo Medicare Phần B.
- Nếu quý vị từ 64 tuổi trở xuống: Blue Shield phải nhận được đơn đăng ký của quý vị trước hoặc trong vòng (6) tháng kể từ khi quý vị đăng ký Medicare Phần B, hoặc nếu quý vị được thông báo có tính hiệu lực trở về trước về việc đủ điều kiện tham gia Medicare, trong vòng sáu (6) tháng kể từ khi được thông báo về việc đủ điều kiện.

#### Quý vị phải cung cấp các tài liệu này

Hãy nhớ điền thông tin vào các phần sau đây trong đơn đăng ký ghi danh của quý vị:

- Ngày hiệu lực của Medicare Phần A và B, cùng với số Medicare hoặc Mã số nhận dạng Người thụ hưởng Medicare (MBI).
- Ngoài ra, nếu quý vị từ 64 tuổi trở xuống, quý vị phải hoàn thành tất cả các câu hỏi trong phần Thông tin bảo hiểm hiện tại.

### 2

#### Trường hợp

Quý vị hiện đang có Bổ trợ Medicare với Blue Shield hoặc một hãng bảo hiểm khác và muốn chuyển sang một chương trình Bổ trợ Medicare khác 60 ngày trước hoặc bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sinh nhật của quý vị và kết thúc sáu mươi (60) ngày sau sinh nhật của quý vị.

#### Các lựa chọn chương trình của quý vị

Quý vị có một khoảng thời gian đăng ký mở rộng hàng năm, trong khoảng thời gian đó, quý vị có thể chuyển sang bất kỳ chương trình Bổ trợ Medicare của Blue Shield nào mang lại các quyền lợi bằng hoặc thấp hơn chương trình hiện tại. Hãy gọi cho Blue Shield theo số điện thoại ở trang trước để biết quý vị đủ điều kiện tham gia chương trình nào.

#### Thời gian đăng ký

Blue Shield phải nhận được đơn đăng ký của quý vị 60 ngày trước hoặc bắt đầu vào ngày đầu tiên của tháng sinh nhật của quý vị và kết thúc sáu mươi (60) ngày sau ngày sinh nhật của quý vị.

#### Quý vị phải cung cấp các tài liệu này

Nếu quý vị mới tham gia Blue Shield, quý vị phải hoàn thành Thông báo cho Người đăng ký về việc Thay thế Bảo hiểm Bổ trợ Medicare hoặc Medicare Advantage (nằm trong đơn đăng ký). Quý vị phải cung cấp bằng chứng, chứng từ về loại chương trình hiện tại/thẻ ID từ hãng bảo hiểm của quý vị. Nếu quý vị hiện đã là thành viên của Blue Shield, quý vị phải hoàn thành Đơn đăng ký Chuyển đổi Chương trình Bổ trợ Medicare. Vui lòng gọi cho Blue Shield (xem số điện thoại ở trang đầu tiên của tài liệu này) để yêu cầu Đơn đăng ký Chuyển đổi.

**Trường hợp**

Quý vị đã đăng ký với một trong các chương trình sau:

- Medicare Advantage Plan;
- Medicare Cost Plan hoặc tổ chức tương tự hoạt động dưới quyền cơ quan dự án trình diễn trước ngày 1 tháng 4 năm 1999;
- Chương trình chăm sóc sức khỏe trả trước; *hoặc*
- Đơn bảo hiểm Medicare Select;

và bất kỳ điều nào dưới đây:

- Chứng nhận của tổ chức hoặc chương trình đang bị chấm dứt;
- Tổ chức đang chấm dứt hoặc không tiếp tục tham gia chương trình đối với khu vực dịch vụ mà tại đó quý vị cư trú; hoặc
- Quý vị không còn đủ điều kiện vì đã chuyển tới sống tại nơi nằm ngoài khu vực phục vụ của chương trình.

**Các lựa chọn chương trình của quý vị: Chương trình A, F Bổ sung,<sup>1</sup> G, G Bổ sung, hoặc N****Thời gian đăng ký**

Nếu bảo hiểm của quý vị được chấm dứt tự nguyện, quý vị có thể nộp đơn đăng ký của mình bất kỳ lúc nào sau khi nhận được thông báo về việc chấm dứt, nhưng không muộn hơn sáu mươi ba (63) ngày sau ngày bảo hiểm bị chấm dứt. Tuy nhiên, nếu quý vị được đăng ký trong Medicare Advantage Plan, quý vị phải đăng ký trong vòng một trăm hai mươi ba (123) ngày kể từ ngày bảo hiểm của quý vị bị chấm dứt.

**Quý vị phải cung cấp các tài liệu này**

Nhớ điền phần thông tin Bảo hiểm hiện tại (bao gồm cả ngày kết thúc và lý do kết thúc bảo hiểm) trong đơn đăng ký chương trình Bổ trợ Medicare có chữ ký đầy đủ của quý vị.<sup>2</sup> Quý vị phải cung cấp bản sao thông báo chấm dứt của bảo hiểm trước với tên của quý vị, ngày chấm dứt và lý do, hoặc Thẻ bảo hiểm trước.

**Trường hợp**

Quý vị nhận được thông báo chấm dứt, hoặc bảo hiểm của quý vị đã bị chấm dứt bởi bất kỳ chương trình bảo hiểm sức khỏe nào do chủ lao động tài trợ, bao gồm cả chương trình bảo hiểm sức khỏe nghỉ hưu do chủ lao động tài trợ. Phần này bao gồm chấm dứt vì không đủ điều kiện do ly hôn hoặc vợ/chồng qua đời.

**Các lựa chọn chương trình của quý vị: Chương trình A, F Bổ sung,<sup>1</sup> G, G Bổ sung, hoặc N****Thời gian đăng ký**

Blue Shield phải nhận được đơn đăng ký của quý vị trong vòng sáu (6) tháng kể từ ngày thông báo về việc chấm dứt, hoặc nếu không nhận được thông báo thì trong vòng sáu (6) tháng kể từ ngày bảo hiểm y tế được cơ quan tài trợ của quý vị kết thúc.

**Quý vị phải cung cấp các tài liệu này**

Nhớ điền phần thông tin Bảo hiểm hiện tại (bao gồm cả ngày kết thúc) trong đơn đăng ký chương trình Bổ trợ Medicare có chữ ký đầy đủ của quý vị.<sup>2</sup>

Vui lòng cung cấp bằng chứng về việc chấm dứt chương trình bảo hiểm sức khỏe do nhân viên tài trợ.

**Trường hợp**

Quý vị đã đăng ký một chương trình Bổ trợ Medicare, nhưng quý vị đã mất bảo hiểm vì đã chuyển tới sống tại một nơi khác ngoài khu vực dịch vụ của chương trình.

**Các lựa chọn chương trình của quý vị: Chương trình A, F Bổ sung,<sup>1</sup> G, G Bổ sung, hoặc N****Thời gian đăng ký**

Blue Shield phải nhận được đơn đăng ký của quý vị trong vòng sáu (6) tháng kể từ ngày bảo hiểm chấm dứt.

**Quý vị phải cung cấp các tài liệu này**

Nhớ điền phần thông tin Bảo hiểm hiện tại trong đơn đăng ký chương trình Bổ trợ Medicare có chữ ký đầy đủ của quý vị.<sup>2</sup> Quý vị cũng phải cung cấp các tài liệu chứng minh lý do chấm dứt, và một bản sao thông báo chấm dứt bảo hiểm trước đó với tên của quý vị, ngày chấm dứt và lý do, hoặc Thẻ Bảo hiểm trước đó.

**Trường hợp**

Trong thời gian sáu (6) tháng đầu kể từ khi đăng ký Medicare Phần A, quý vị đã đăng ký Medicare Advantage Plan, hoặc trong một nhà cung cấp Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người già), và sau đó bị huỷ đăng ký khỏi chương trình hoặc gói bảo hiểm trong vòng mười hai (12) tháng tính từ ngày đăng ký đó có hiệu lực.

**Các lựa chọn chương trình của quý vị: Chương trình A, F Bổ sung,<sup>1</sup> G, G Bổ sung, hoặc N****Thời gian đăng ký**

Nếu quý vị tự nguyện chấm dứt bảo hiểm của mình, quý vị có thể nộp đơn đăng ký trước ngày chấm dứt có hiệu lực sáu mươi (60) ngày, nhưng không muộn hơn sáu mươi ba (63) ngày sau ngày bảo hiểm bị chấm dứt.

**Quý vị phải cung cấp các tài liệu này**

Nhớ điền phần thông tin Bảo hiểm hiện tại (bao gồm cả ngày kết thúc) trong đơn đăng ký chương trình Bổ trợ Medicare có chữ ký đầy đủ của quý vị.<sup>2</sup> Để đẩy nhanh quá trình xử lý, hãy kèm theo cả chứng tử về chấm dứt Medicare Advantage Plan.

**Trường hợp**

Quý vị đã được đăng ký một chương trình Bổ trợ Medicare và sau đó thì được đăng ký vào Medicare Advantage Plan hoặc với một nhà cung cấp PACE, ví:

- Bảo hiểm của quý vị đã bị chấm dứt một cách tự nguyện trong vòng mười hai (12) tháng kể từ ngày đăng ký có hiệu lực; và
- Sau đó, quý vị đã đăng ký một Medicare Advantage Plan hoặc chương trình nhà cung cấp PACE khác và bị huỷ đăng ký khỏi chương trình đó trong vòng hai mươi tư (24) tháng kể từ ngày chương trình đầu tiên có hiệu lực.

**Các lựa chọn chương trình của quý vị: Chương trình A, F Bổ sung,<sup>1</sup> G, G Bổ sung, hoặc N; hoặc**

- Chương trình Bổ trợ Medicare mà quý vị từng tham gia trước đây, nếu nó vẫn được hãng bảo hiểm đó cung cấp.

**Thời gian đăng ký**

Nếu bảo hiểm của quý vị được chấm dứt tự nguyện, quý vị có thể nộp đơn đăng ký của mình bất kỳ lúc nào sau khi nhận được thông báo về việc chấm dứt, nhưng không muộn hơn sáu mươi ba (63) ngày sau ngày bảo hiểm bị chấm dứt; tuy nhiên, nếu quý vị đã được đăng ký vào một Medicare Advantage Plan, quý vị phải đăng ký trong vòng một trăm hai mươi ba (123) ngày kể từ ngày bảo hiểm bị chấm dứt.

**Quý vị phải cung cấp các tài liệu này**

Nhớ điền phần thông tin Bảo hiểm hiện tại (bao gồm cả ngày kết thúc và lý do kết thúc bảo hiểm) trong đơn đăng ký chương trình Bổ trợ Medicare có chữ ký đầy đủ của quý vị.

Bao gồm tài liệu (thẻ ID trước hoặc bảng kê hóa đơn) của loại chương trình Bổ trợ Medicare trước và Medicare Advantage Plan rước đây, khi nộp đơn đăng ký. Cung cấp chấm dứt Medicare Advantage Plan sau khi đơn đăng ký được phê duyệt.

**Trường hợp**

Quý vị ở độ tuổi từ 65 trở lên, được đăng ký với một nhà cung cấp PACE, và bất kỳ trường hợp nào sau đây mà cho phép chấm dứt việc đăng ký:

- Chứng nhận của tổ chức bị chấm dứt;
- Tổ chức chấm dứt hoặc ngừng cung cấp dịch vụ tại khu vực dịch vụ nơi quý vị cư trú;
- Quý vị không còn đủ điều kiện vì đã chuyển tới sống tại nơi nằm ngoài khu vực dịch vụ;
- Tổ chức đã vi phạm nghiêm trọng một điều khoản cụ thể trong hợp đồng với Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid); hoặc
- Tổ chức hoặc đại lý của họ đã miêu tả sai về một điều khoản của chương trình trong khi tiếp thị về hợp đồng cho quý vị.

**Các lựa chọn chương trình của quý vị: Chương trình A, F Bổ sung,<sup>1</sup> G, G Bổ sung, hoặc N****Thời gian đăng ký**

- Nếu bảo hiểm của quý vị được chấm dứt tự nguyện, quý vị có thể nộp đơn đăng ký của mình bất kỳ lúc nào sau khi nhận được thông báo về việc chấm dứt, nhưng không muộn hơn sáu mươi ba (63) ngày sau ngày bảo hiểm bị chấm dứt.
- Nếu quý vị tự nguyện chấm dứt bảo hiểm của mình, quý vị có thể nộp đơn đăng ký trước ngày chấm dứt có hiệu lực sáu mươi (60) ngày, nhưng không muộn hơn sáu mươi ba (63) ngày sau ngày bảo hiểm bị chấm dứt.

**Quý vị phải cung cấp các tài liệu này**

Nhớ điền phần thông tin Bảo hiểm hiện tại (bao gồm cả ngày kết thúc và lý do kết thúc bảo hiểm) trong đơn đăng ký chương trình Bổ trợ Medicare có chữ ký đầy đủ của quý vị. Vui lòng cung cấp bằng chứng chấm dứt bảo hiểm.

**Trường hợp**

Quý vị đã chấm dứt đăng ký của mình trong một chương trình Bồi trợ Medicare và sau đó, đăng ký lần đầu vào bất kỳ chương trình nào sau đây:

- Medicare Advantage Plan;
- Medicare Cost Plan hoặc tổ chức tương tự hoạt động dưới quyền cơ quan dự án trình diễn trước ngày 1 tháng 4 năm 1999;
- Nhà cung cấp PACE; hoặc
- Đơn bảo hiểm Medicare Select.

Sau đó, quý vị đăng ký trong vòng 12 tháng đầu tiên.

**Các lựa chọn chương trình của quý vị: Chương trình A, F Bồi sung,<sup>1</sup> G, G Bồi sung, hoặc N**

- Chương trình Bồi trợ Medicare mà quý vị từng tham gia trước đây, nếu nó vẫn được hãng bảo hiểm đó cung cấp.

**Thời gian đăng ký**

Nếu quý vị tự nguyện chấm dứt bảo hiểm của mình, quý vị có thể nộp đơn đăng ký trước ngày chấm dứt có hiệu lực sáu mươi (60) ngày, nhưng không muộn hơn sáu mươi ba (63) ngày sau ngày bảo hiểm bị chấm dứt.

**Quý vị phải cung cấp các tài liệu này**

Nhớ điền phần thông tin Bảo hiểm hiện tại (bao gồm cả ngày kết thúc) trong đơn đăng ký chương trình Bồi trợ Medicare có chữ ký đầy đủ của quý vị.

Bao gồm tài liệu (thẻ ID trước hoặc bảng kê hóa đơn) của loại chương trình Bồi trợ Medicare trước, khi nộp đơn đăng ký. Cung cấp chấm dứt Medicare Advantage Plan sau khi đơn đăng ký được phê duyệt.

**Trường hợp**

Quý vị đã chấm dứt đăng ký của mình trong một chương trình Bồi trợ Medicare và sau đó, đăng ký lần đầu với bất kỳ chương trình nào sau đây:

- Medicare Advantage Plan;
- Medicare Cost Plan hoặc tổ chức tương tự hoạt động dưới quyền cơ quan dự án trình diễn trước ngày 1 tháng 4 năm 1999;
- Chương trình nhà cung cấp PACE; hoặc
- Đơn bảo hiểm Medicare Select.

Tuy nhiên, bảo hiểm của quý vị đã bị chấm dứt một cách tự nguyện trong vòng mười hai (12) tháng kể từ ngày đăng ký có hiệu lực. Sau đó, quý vị đã đăng ký một chương trình khác tương tự và bị huỷ đăng ký khỏi chương trình đó trong vòng hai mươi tư (24) tháng kể từ ngày chương trình đầu tiên có hiệu lực.

**Các lựa chọn chương trình của quý vị: Chương trình A, F Bồi sung,<sup>1</sup> G, G Bồi sung, hoặc N; hoặc**

- Chương trình Bồi trợ Medicare mà bạn đã tham gia trước đây, nếu nó vẫn được hãng bảo hiểm đó cung cấp.

**Thời gian đăng ký**

Nếu bảo hiểm của quý vị được chấm dứt tự nguyện, quý vị có thể nộp đơn đăng ký của mình bất kỳ lúc nào sau khi nhận được thông báo về việc chấm dứt, nhưng không muộn hơn sáu mươi ba (63) ngày sau ngày bảo hiểm bị chấm dứt. Tuy nhiên, nếu quý vị được đăng ký Medicare Advantage Plan, quý vị phải đăng ký trong vòng một trăm hai mươi ba (123) ngày kể từ ngày bảo hiểm bị chấm dứt.

**Quý vị phải cung cấp các tài liệu này**

Nhớ điền phần thông tin Bảo hiểm hiện tại (bao gồm cả tên và ngày kết thúc của ba hãng bảo hiểm trước đây) trong đơn đăng ký chương trình Bồi trợ Medicare có chữ ký đầy đủ của quý vị.

Bao gồm tài liệu (thẻ ID trước hoặc bảng kê hóa đơn) của loại chương trình Bồi trợ Medicare trước và Medicare Advantage Plan trước đây, khi nộp đơn đăng ký. Cung cấp chấm dứt Medicare Advantage Plan sau khi đơn đăng ký được phê duyệt.

**Trường hợp**

Quý vị đã đăng ký một chương trình bảo hiểm sức khỏe được cơ quan tài trợ và nó bổ trợ cho Medicare, và một trong các chương trình sau:

- Chương trình hoặc chấm dứt hoặc dừng cung cấp tất cả các quyền lợi chăm sóc sức khỏe bổ sung đó cho quý vị; *hoặc*
- Chủ lao động không còn cung cấp cho quý vị loại bảo hiểm chi trả tất cả các khoản thanh toán cho 20% đồng bảo hiểm.

**Các lựa chọn chương trình của quý vị: Chương trình A, F Bổ sung,<sup>1</sup> G, G Bổ sung, hoặc N****Thời gian đăng ký**

Quý vị có thể nộp đơn đăng ký cho Blue Shield trong thời gian bảo đảm chấp nhận, bắt đầu từ ngày nào là ngày muộn hơn trong hai mốc sau đây, và kết thúc sáu mươi ba (63) ngày sau ngày bảo hiểm bị chấm dứt:

- Ngày mà quý vị nhận được thông báo về việc chấm dứt, hoặc nếu không nhận được thông báo thì là ngày mà quý vị nhận được thông báo từ chối yêu cầu bồi thường vì chấm dứt các quyền lợi; *hoặc*
- Ngày mà bảo hiểm bị chấm dứt.

**Quý vị phải cung cấp các tài liệu này**

Nhớ điền phần thông tin Bảo hiểm hiện tại (bao gồm cả ngày kết thúc và lý do kết thúc bảo hiểm) trong đơn đăng ký chương trình Bổ trợ Medicare có chữ ký đầy đủ của quý vị.<sup>2</sup>

Vui lòng cung cấp bằng chứng cắt giảm hoặc chấm dứt quyền lợi.

**Trường hợp**

Quý vị là quân nhân đã nghỉ hưu, vợ/chồng hoặc người phụ thuộc trong quân đội và đủ điều kiện tham gia Medicare, và quý vị không còn các dịch vụ chăm sóc sức khỏe vì:

- Căn cứ quân sự đóng cửa;
- Căn cứ quân sự không còn cung cấp các dịch vụ đó; *hoặc*
- Quý vị đã chuyển tới nơi khác.

**Các lựa chọn chương trình của quý vị: Chương trình A, F Bổ sung,<sup>1</sup> G, G Bổ sung, hoặc N****Thời gian đăng ký**

Blue Shield phải nhận được đơn đăng ký của quý vị trong vòng sáu (6) tháng kể từ ngày quý vị không còn các dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó tại căn cứ quân sự.

**Quý vị phải cung cấp các tài liệu này**

Giấy tờ chứng minh lý do quý vị không còn được nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe đó tại căn cứ quân sự.

**Trường hợp**

Quý vị đã đăng ký một trong các chương trình sau:

- Medicare Advantage Plan;
- Medicare Cost Plan hoặc tổ chức tương tự hoạt động dưới quyền cơ quan dự án trình diễn trước ngày 1 tháng 4 năm 1999;
- Chương trình chăm sóc sức khỏe trả trước;
- Chương trình Bổ trợ Medicare; *hoặc*
- Đơn bảo hiểm Medicare Select; nhưng phạm vi bảo hiểm đã bị chấm dứt vì quý vị cho thấy:
  - Công ty đã vi phạm nghiêm trọng một điều khoản cụ thể trong hợp đồng; *hoặc*
  - Công ty hoặc đại lý của họ đã miêu tả sai về một điều khoản của chương trình khi tiếp thị về hợp đồng cho quý vị.

**Các lựa chọn chương trình của quý vị: Chương trình A, F Bổ sung,<sup>1</sup> G, G Bổ sung, hoặc N****Thời gian đăng ký**

Quý vị có thể nộp đơn đăng ký sáu mươi (60) ngày trước ngày chấm dứt có hiệu lực, nhưng không muộn hơn sáu mươi ba (63) ngày sau ngày bảo hiểm bị chấm dứt.

**Quý vị phải cung cấp các tài liệu này**

Nhớ điền phần thông tin Bảo hiểm hiện tại (bao gồm cả ngày kết thúc và lý do kết thúc bảo hiểm) trong đơn đăng ký chương trình Bổ trợ Medicare có chữ ký đầy đủ của quý vị.<sup>2</sup>

Gửi kèm một lá thư ghi rõ chi tiết về việc miêu tả sai. Nếu đã đăng ký vào Medicare Advantage Plan, hãy gửi kèm chứng từ chấm dứt.



**Trường hợp**

Quý vị đã đăng ký một Blue Shield Medicare Advantage Plan, và Blue Shield đã thực hiện một trong các việc sau đây:

- Giảm bất kỳ quyền lợi nào của nó;
- Tăng tiền phí bảo hiểm hoặc khoản chia sẻ chi phí; hoặc
- Ngừng thực hiện (ngoài chất lượng chăm sóc) một hợp đồng với một nhà cung cấp hiện đang cung cấp dịch vụ cho quý vị.

**Các lựa chọn chương trình của quý vị: Chương trình A, F Bổ sung,<sup>1</sup> G, G Bổ sung, hoặc N****Thời gian đăng ký**

Quý vị có thể nộp đơn đăng ký sáu mươi (60) ngày trước ngày chấm dứt có hiệu lực, nhưng không muộn hơn sáu mươi ba (63) ngày sau ngày bảo hiểm bị chấm dứt.

**Blue Shield phải nhận xác nhận này**

Quý vị phải chấm dứt Medicare Advantage Plan sau khi đơn đăng ký Bổ trợ Medicare được phê duyệt. Blue Shield sẽ xác minh việc chấm dứt Medicare Advantage Plan trong hệ thống hợp lệ của Blue Shield.

**Trường hợp**

Quý vị đã đăng ký một chương trình Bổ trợ Medicare, nhưng bảo hiểm đã dừng vì:

- Công ty nộp đơn xin phá sản hoặc vỡ nợ; hoặc
- Các trường hợp chấm dứt bảo hiểm không tự nguyện theo hợp đồng.

**Các lựa chọn chương trình của quý vị: Chương trình A, F Bổ sung,<sup>1</sup> G, G Bổ sung, hoặc N****Thời gian đăng ký**

Quý vị có thể nộp đơn đăng ký cho Blue Shield trong thời gian bảo đảm chấp nhận, bắt đầu từ ngày nào đến trước trong hai mốc sau đây, và kết thúc sau ngày bảo hiểm chấm dứt sáu mươi ba (63) ngày:

- Ngày mà quý vị nhận được thông báo về việc chấm dứt, phá sản, vỡ nợ hoặc các thông báo tương tự khác; hoặc
- Ngày mà bảo hiểm bị chấm dứt.

**Quý vị phải cung cấp các tài liệu này**

Nhờ điền phần thông tin Bảo hiểm hiện tại trong đơn đăng ký chương trình Bổ trợ Medicare có chữ ký đầy đủ của quý vị. Quý vị phải cung cấp một bản sao thông báo chấm dứt bảo hiểm trước đó với tên của quý vị, ngày chấm dứt và lý do, hoặc Thẻ bảo hiểm trước.

**Trường hợp**

Quý vị đã đăng ký Medicare Phần B và được thông báo rằng, vì thu nhập hoặc tài sản của quý vị tăng lên nên quý vị đã đáp ứng một trong các điều sau:

- Quý vị không còn đủ điều kiện nhận quyền lợi từ Medi-Cal.
- Quý vị chỉ đủ điều kiện nhận các quyền lợi của Medi-Cal với việc phải chia sẻ chi phí (và quý vị chứng nhận tại thời điểm đăng ký với Blue Shield là quý vị không đáp ứng được việc chia sẻ chi phí).

**Các lựa chọn chương trình của quý vị: Chương trình A, F Bổ sung,<sup>1</sup> G, G Bổ sung, hoặc N****Thời gian đăng ký**

Blue Shield phải nhận được đơn đăng ký của quý vị trong vòng sáu (6) tháng kể từ ngày thông báo về việc chấm dứt hoặc ban hành thông báo rằng khoản chia sẻ chi phí của quý vị sẽ tăng lên do thay đổi về thu nhập/tài sản.

**Quý vị phải cung cấp các tài liệu này**

Một bản sao của thông báo chấm dứt do thay đổi trong thu nhập/tài sản từ Chương trình Medi-Cal hoặc một bản sao thông báo rằng phần chia sẻ chi phí của quý vị sẽ tăng do thay đổi trong thu nhập/tài sản từ Chương trình Medi-Cal, cùng với chứng nhận cho biết rằng quý vị đã không đáp ứng phần chia sẻ chi phí.

### Trường hợp

Quý vị đã đăng ký một Medicare Advantage Plan và chương trình đó đã thực hiện một trong những việc sau đây:

- Giảm bất kỳ quyền lợi nào của nó;
- Tăng tiền phí bảo hiểm hoặc khoản chia sẻ chi phí; hoặc
- Ngừng thực hiện (ngoài chất lượng chăm sóc) một hợp đồng với một nhà cung cấp hiện đang cung cấp dịch vụ cho quý vị.

Ngoài ra, không có chương trình Bỏ trợ Medicare nào khả dụng từ hãng bảo hiểm đó, một chi nhánh của công ty mẹ của hãng bảo hiểm, hoặc một mạng lưới có hợp đồng với công ty mẹ của hãng bảo hiểm.

---

### Các lựa chọn chương trình của quý vị: Chương trình A, F Bỏ sung,<sup>1</sup> G, G Bỏ sung, hoặc N

---

#### Thời gian đăng ký

Quý vị có thể nộp đơn đăng ký sáu mươi (60) ngày trước ngày chấm dứt có hiệu lực, nhưng không muộn hơn sáu mươi ba (63) ngày sau ngày bảo hiểm bị chấm dứt, chỉ trong giai đoạn lựa chọn hàng năm (AEP) đối với chương trình Medicare Advantage, trừ trường hợp chương trình Medicare Advantage đã ngừng hợp tác với nhà cung cấp hiện đang cung cấp dịch vụ cho quý vị.

#### Quý vị phải cung cấp các tài liệu này

Nhớ điền phần thông tin Bảo hiểm hiện tại (bao gồm cả ngày kết thúc) trong đơn đăng ký chương trình Bỏ trợ Medicare có chữ ký đầy đủ của quý vị. Quý vị phải chấm dứt Medicare Advantage Plan sau khi đơn đăng ký Bỏ trợ Medicare được phê duyệt.

Để đẩy nhanh quá trình xử lý, hãy gửi kèm theo một bản sao thư thông báo thay đổi hàng năm.

Trong trường hợp ngừng hợp tác với nhà cung cấp, vui lòng cung cấp thư chấm dứt từ nhà cung cấp đó.

---

### Chú giải

1. Chương trình F Bỏ sung sẽ chỉ dành cho những người nộp đơn đủ 65 tuổi hoặc lần đầu tiên đủ điều kiện nhận phúc lợi Medicare do khuyết tật trước ngày 1 tháng 1 năm 2020.
2. Blue Shield bảo lưu quyền yêu cầu bản sao của thông báo chấm dứt của bảo hiểm trước với tên của quý vị và ngày chấm dứt, hoặc Thẻ Bảo hiểm trước.