

• سوف ترسل لك خطتك فاتورة بقيمة قسط الخطة. يمكنك اختيار خصم أقساطك من حسابك المصرفي أو من استحقاقات الضمان الاجتماعي الشهرية الخاصة بك (أو Railroad Retirement Board [RRB]، مجلس تقاعد السكك الحديدية).

ماذا سيحدث بعد ذلك؟

أرسل استمارتك المكتملة والموقعة عبر البريد الإلكتروني أو البريد العادي أو الفاكس إلى:

البريد الإلكتروني: WHMembership@blueshieldca.com

عنوان البريد: Blue Shield of California

P.O. Box 948

Woodland Hills, CA 91365-9856

(877) 251-3660

الفاكس:

بمجرد أن يعالجوا طلبك للانضمام، سوف يتصلون بك.

كيف أحصل على المساعدة في إكمال هذه الاستمارة؟

اتصل بوكيلك المعتمد أو بممثل Blue Shield على

الاتصال بالرقم 711. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي TTY

الاتصال بالرقم 711. أو اتصل على Medicare على الهاتف

الهاتف النصي TTY الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

الهاتف النصي TTY الاتصال بالرقم 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 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

الأفراد الذين يعانون من التشرد

• إذا كنت ترغب في الانضمام إلى خطة ولكن ليس لديك مكان إقامة دائم، فيمكن اعتبار صندوق بريد أو عنوان ملجأ أو عيادة أو العنوان الذي تتلقى منه البريد (مثل شيكات الضمان الاجتماعي) بمثابة عنوان إقامتك الدائمة.

من يمكنه استخدام هذه الاستمارة؟

الأشخاص المشاركون في Medicare ويرغبون في الانضمام إلى خطة Medicare Advantage

للانضمام إلى خطة، يجب أن تتوفر الشروط التالية:

• أن تكون مواطنًا أمريكيًا أو متواجدًا بشكل قانوني في الولايات المتحدة

• تعيش في منطقة خدمة الخطة

• **ملاحظة مهمة:** للانضمام إلى خطة Medicare Advantage،

يجب أن يكون لديك كل من:

• Medicare الجزء A (تأمين المستشفى)

• Medicare الجزء B (التأمين الطبي)

متى أستخدّم هذه الاستمارة؟

يمكنك الانضمام إلى خطة:

• في الفترة بين 15 تشرين الأول/أكتوبر و7 كانون الأول/ديسمبر من كل عام (للتغطية بدءًا من 1 كانون الثاني/يناير)

• في غضون 3 أشهر من الحصول على Medicare لأول مرة

• في مواقف معينة حيث يُسمح لك فيها بالانضمام إلى الخطط أو التبديل بينها

• يُسمح للمؤهلين تأهلاً مزدوجًا بالتسجيل مرة واحدة شهريًا في FIDE SNP أو AIP أو Original Medicare مع خطة PDP.

يصبح التسجيل ساري المفعول اعتبارًا من اليوم الأول من الشهر التالي.

تفضل بزيارة Medicare.gov لمعرفة المزيد عن موعد التسجيل في خطة ما.

ما الذي أحتاج إليه لاستكمال هذه الاستمارة؟

• رقم Medicare الخاص بك (الرقم الموجود على بطاقة Medicare الحمراء والبيضاء والزرقاء)

• عنوانك الدائم ورقم هاتفك

• **ملاحظة:** يجب عليك إكمال جميع العناصر في القسم 1. العناصر المذكورة في القسم 2 اختيارية - لا يمكن رفض التغطية لك إذا لم تملأها.

تذكيرات:

• إذا كنت ترغب في الانضمام إلى خطة ما أثناء فترة التسجيل المفتوح في الخريف (15 تشرين الأول/أكتوبر - 7 كانون الأول/ديسمبر)، فيجب أن تحصل الخطة على استمارتك المكتملة بحلول 7 كانون الأول/ديسمبر.

وفقًا لقانون Paperwork Reduction Act (PRA)، قانون الحد من التعاملات الورقية) لعام 1995، لا يُطلب من أي شخص الرد على مجموعة من المعلومات ما لم يظهر في الطلب رقم ضبط ساريًا من Office of Management and Budget (OMB). مكتب الإدارة والميزانية). رقم ضبط OMB الساري لهذه المجموعة من المعلومات هو 0938-1378. يُقدر الوقت اللازم لإكمال هذه المعلومات بمتوسط 20 دقيقة لكل استجابة، بما في ذلك الوقت اللازم لمراجعة التعليمات والبحث في مصادر البيانات الموجودة وجمع البيانات المطلوبة وإكمال ومراجعة جمع المعلومات. إذا كان لديك أي تعليقات بخصوص دقة تقدير (تقديرات) الوقت أو اقتراحات لتحسين هذه الاستمارة، يرجى المراسلة على العنوان: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

ملاحظة مهمة

لا ترسل هذه الاستمارة أو أي عناصر تحتوي على معلوماتك الشخصية (مثل المطالبات، والمدفوعات، والسجلات الطبية، وما إلى ذلك) إلى PRA Reports Clearance Office (مكتب تخليص التقارير الذي يعمل بموجب قانون الحد من التعاملات الورقية). سيتم تدمير أي عناصر نحصل عليها لا تتعلق بكيفية تحسين هذه الاستمارة أو عبء التحصيل به (الموضح برقم الضبط 0938-1378 OMB). لن يتم الاحتفاظ بها ولا مراجعتها ولا إرسالها إلى الخطة. انظر قسم "ماذا سيحدث بعد ذلك؟" في هذه الصفحة لإرسال الاستمارة المكتملة إلى الخطة.

القسم 1 - جميع الحقول في هذا القسم مطلوبة (ما لم يتم الإشارة إلى أنها اختيارية)

اختر الخطة التي ترغب في الانضمام إليها:

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

مقاطعات Los Angeles/San Diego

(\$0 شهريًا)

اسم العائلة:	الاسم الأول:	أول حرف من الاسم الأوسط: (اختياري)
تاريخ الميلاد (شهر/ يوم/ سنة):	نوع الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	
رقم الهاتف:	نوع الهاتف: <input type="checkbox"/> خط أرضي <input type="checkbox"/> محمول	

عنوان وشارع الإقامة الدائمة (لا تُدخّل صندوق بريدي، ملاحظة: بالنسبة للأفراد الذين يعانون من التشرد، يمكن اعتبار الصندوق البريدي عنوان إقامتك الدائمة):
العنوان والشارع:

المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
عنوان المراسلات، إذا كان مختلفًا عن عنوانك الدائم (يُسمح بإدخال الصندوق البريدي): العنوان والشارع:		
المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:

معلومات Medicare الخاصة بك:

رقم Medicare:

أجب عن هذه الأسئلة المهمة:

هل سيكون لديك تغطية أخرى للأدوية الموصوفة (مثل VA وTRICARE) بالإضافة إلى خطة Blue Shield TotalDual Plan؟ نعم لا

تغطية الأدوية الموصوفة:

اسم التغطية الأخرى:

رقم العضوية لهذه التغطية:

رقم المجموعة لهذه التغطية:

التغطية الطبية:

اسم التغطية الأخرى:

رقم العضوية لهذه التغطية:

رقم المجموعة لهذه التغطية:

هل أنت مسجل في برنامج Medicaid (Medi-Cal) التابع لولايتك؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى تقديم رقم Medicaid (Medi-Cal) الخاص بك (مطلوب):

ملاحظة مهمة: يرجى قراءة ما يلي والتوقيع عليه:

- يجب عليّ البقاء في تأمين المستشفى (الجزء A) والتأمين الطبي (الجزء B) للبقاء في خطة Blue Shield TotalDual Plan.
- بالانضمام إلى خطة Medicare Advantage هذه، أقر بأن خطة Blue Shield TotalDual Plan ستشارك معلوماتي مع Medicare، التي قد تستخدمها لتتبع تسجيلي، ولإجراء المدفوعات، ولأغراض أخرى يسمح بها القانون الفيدرالي الذي يجيز جمع هذه المعلومات (راجع Privacy Act Statement [بيان قانون الخصوصية] أدناه). استجابتك لهذه الاستمارة طوعية. ومع ذلك، فإن عدم الاستجابة قد يؤثر على التسجيل في الخطة.
- أدرك أنه لا يمكنني التسجيل إلا في خطة MA واحدة في كل مرة - وأن التسجيل في هذه الخطة سينهي تلقائيًا تسجيلي في خطة MA أخرى (تطبق الاستثناءات على خطط MA PFFS و MA MSA).
- أدرك أنه عندما تبدأ تغطية خطة Blue Shield TotalDual Plan، يجب أن أحصل على جميع المزايا الطبية والأدوية الموصوفة من خطة Blue Shield TotalDual Plan. سيتم تغطية المزايا والخدمات التي تقدمها خطة Blue Shield TotalDual Plan والمضمنة في وثيقة Evidence of Coverage (EOC، دليل التغطية) (المعروفة أيضًا باسم عقد العضوية أو اتفاقية المشترك) لخطة Blue Shield TotalDual Plan. لن تدفع Medicare أو Blue Shield TotalDual Plan تكاليف المزايا أو الخدمات غير المغطاة.
- المعلومات الواردة في استمارة التسجيل هذا صحيحة على حد علمي. أدرك أنه إذا قُدِّمت عن قصد معلومات خاطئة في هذه الاستمارة، فسيتم إلغاء تسجيلي من الخطة.
- أدرك أن توقيعني (أو توقيع الفرد المفوض قانونًا بالتصرف بالنيابة عني) على هذا الطلب يعني أنني قرأت محتويات هذا الطلب وفهمتها. في حال التوقيع من قبل ممثل مفوض (كما هو موضح أعلاه)، فإن هذا التوقيع يقر ما يلي:
 - (1) هذا الفرد مفوض له بموجب قانون الولاية بإكمال هذا التسجيل،
 - (2) وتوثيق هذه السلطة متاح عند الطلب بواسطة Medicare.

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

إذا كنت الممثل المفوض، قم بالتوقيع أعلاه واملأ هذه الحقول.
الاسم:

العنوان والشارع:

المدينة: الولاية: الرمز البريدي:

رقم الهاتف:

علاقته بالعضو المسجل:

القسم 2 - جميع الحقول في هذا القسم اختيارية

لك مطلق الحرية في الإجابة عن هذه الأسئلة. ولا يجوز رفض منحك تغطية تأمينية لأنك لم تكملها.

- هل أنت من أصول هيسبانية أو لاتينية أو إسبانية؟ اختر كل ما ينطبق.
- لا، لست من أصول هيسبانية أو لاتينية أو إسبانية
 نعم، مكسيكي، أمريكي مكسيكي، شيكانو
 أصول إسبانية
 نعم، بورتوريكي
 نعم، من أصول هيسبانية أخرى أو لاتينية أو أصول إسبانية

- ما عرقك؟ اختر كل ما ينطبق.
- من الهنود الأمريكيين أو سكان ألاسكا الأصليين
 آسيوي:
 هندي آسيوي
 صيني
 فلبيني
 ياباني
 كوري
 فيتنامي
 من أصول آسيوية أخرى
- أسود أو أمريكي إفريقي
 من سكان هاواي أو جزر المحيط الهادي الأصليين:
 من غوام أو شعب إيشامورو
 من سكان هاواي الأصليين
 من ساموا
 من جزر المحيط الهادي الأخرى
 أبيض
 أختار عدم الإجابة.

ما هو نوعك الاجتماعي؟

- امرأة
 رجل
 لاثنائي
- أستخدم مصطلحًا مختلفًا: _____
 أختار عدم الإجابة

أي من الخيارات التالية تمثل نظرتك لنفسك؟ (اختر إجابة واحدة)

- مثلية أو مثلي الجنس
 مغاير الجنس، أي ليس مثليًا أو مثلية
 ثنائي الجنس
- أستخدم مصطلحًا مختلفًا: _____
 لا أعرف
 أختار عدم الإجابة

اختر إجابة واحدة إذا كنت ترغب في أن نرسل لك المعلومات بلغة أخرى غير الإنجليزية.

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

اختر إجابة واحدة إذا كنت ترغب في أن نرسل لك المعلومات بصيغة مناسبة لك.

- لغة برايل
 بنط كبير
 قرص صوتي مضغوط
 قرص بيانات مضغوط
- يرجى الاتصال بخدمة العملاء على الهاتف (711: TTY) 4413-452 (800) إذا كنت تريد المعلومات بصيغة مناسبة لك غير واردة في القائمة أعلاه. ساعات العمل لدينا من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع.

هل تعمل؟ نعم لا هل يعمل زوجك/زوجتك؟ نعم لا

اذكر طبيبك للرعاية 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 الأطباء أو العيادات أو المراكز الصحية:

مريض حالي؟ نعم لا

عنوان البريد الإلكتروني: _____ رقم الهاتف المحمول: _____

تقديم بريدك الإلكتروني أعلاه يسجلك تلقائيًا في خدمة البريد اللاورقية لبعض المراسلات بشأن خطتك.

وستحصل على العديد من المراسلات المطلوبة بشأن خطتك إلكترونيًا. سنرسل لك رسالة بالبريد الإلكتروني عند توفر مراسلات جديدة عبر الإنترنت (على سبيل المثال: شرح المزايأ أو الإشعار السنوي للتغييرات). ويمكنك الاطلاع على هذه المراسلات من خلال أي جهاز مثل حاسوب أو حاسوب لوحي أو هاتف محمول.
 بدلاً من البريد اللاورقي، سنرسل لك نسخ ورقية من المراسلات المطلوبة. يرجى الملاحظة أن بعض المراسلات كبيرة للغاية وقد لا يكون حجم صندوق البريد كافيًا لها. ويجوز لك تغيير تفضيلاتك بشأن البريد في أي وقت.

دفع أقساط خطتك

يمكنك دفع أقساط خطتك الشهرية (بما في ذلك أي غرامة تسجيل متأخرة تدفعها أو مستحقة عليك) عبر البريد كل شهر. إذا كان لخطتك قسط مستحق، فستتلقى فاتورة شهرية تشمل المبلغ وتاريخ استحقاق الدفعة التالية، أو يمكنك أيضًا اختيار دفع قسطك باستقطاعها تلقائيًا من استحقاقات الضمان الاجتماعي أو (RRB) Railroad Retirement Board كل شهر. لمعرفة المزيد عن خيارات الدفع المتاحة لك، تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني /blueshieldca.com medicarewaystopay أو اتصل بخدمة العملاء على الهاتف (800) 452-4413 (TTY: 711).

الخصم المباشر من الشيك الشهري لاستحقاقات الضمان الاجتماعي أو (RRB) Railroad Retirement Board. أحصل على استحقاقات شهرية من: الضمان الاجتماعي RRB (الاستقطاع من شيك استحقاقات الضمان الاجتماعي/Railroad Retirement Board قد يستغرق شهر أو شهرين قبل أن يبدأ. في معظم الحالات، إذا قِيلَ الضمان الاجتماعي/Railroad Retirement Board طلبك للاستقطاع التلقائي، فسيتضمن الاستقطاع الأول من شيك استحقاقات الضمان الاجتماعي/Railroad Retirement Board جميع الأقساط المستحقة اعتبارًا من تاريخ نفاذ تسجيلك حتى تاريخ بدء الصرف. إذا لم يوافق الضمان الاجتماعي/Railroad Retirement Board على طلبك للاستقطاع التلقائي، فترسل لك فاتورة ورقية لأقساطك الشهرية).

إذا كان عليك دفع الجزء D لتعديل المبلغ الشهري المتعلق بالدخل (الجزء D-IRMAA)، فيجب أن تدفع هذا المبلغ الإضافي بالإضافة إلى قسط خطتك. عادة ما يتم خصم المبلغ من مخصصات الضمان الاجتماعي الخاصة بك، أو قد تحصل على فاتورة من Medicare (أو RRB). لا تدفع لـ Blue Shield of California مبلغ جزء D-IRMAA.

للأفراد الذين يساعدون المسجلين في إكمال هذه الاستمارة فقط

أكمل هذا القسم إذا كنت فرد (أي مستشاري State Health Insurance Program [SHIP]، برنامج المساعدة في تأمين الولاية الصحي)، أو أفراد الأسرة، أو أطراف خارجية أخرى) يساعد المسجل في ملء هذه الاستمارة.

الاسم: _____ علاقته بالعضو المسجل: _____
التوقيع: _____ مستشارو SHIP الممثل المفوض
غير ذلك (طرف خارجي) نفسه

معلومات المنتج/وكيل الكتابة:

*يشير إلى الحقل المطلوب.

اسم الوكالة المعيّنة: _____

(يرجى كتابة اسم الوكالة المعيّنة بحروف واضحة)

رقم التعريف الضريبي للوكالة المعيّنة*: _____

(يرجى كتابة رقم التعريف الضريبي للوكالة المعيّنة بحروف واضحة)

اسم المنتج/وكيل الكتابة*: _____

(يرجى كتابة اسم المنتج/وكيل الكتابة بحروف واضحة)

رقم NPN الخاص بالمنتج/وكيل الكتابة*: _____

(يرجى كتابة رقم NPN الفردي للمنتج/وكيل الكتابة بحروف واضحة)

رقم هاتف المنتج/وكيل الكتابة: _____

عنوان البريد الإلكتروني للمنتج/وكيل الكتابة: _____

تاريخ استلام الطلب من قبل المنتج/وكيل الكتابة: _____

توقيع المنتج/وكيل الكتابة: _____

بتوقيعي على هذه الوثيقة، أقر بموجبها أنني قرأت وفهمت مراسلات وتوجيهات التسويق وقواعد التسجيل الخاصة بـ Medicare CMS وأؤكد أن المسجل قد تلقى حزمة التسجيل كاملة. أوافق على أن هذا التسجيل للمنتفع من Medicare، بالنيابة عن Blue Shield of California، متوافق مع هذه القواعد.

California State Medicare وبرنامج HMO D-SNP هي خطة متعاقدة مع Medicare وبرنامج California Medicaid Program. التسجيل في Blue Shield of California يعتمد على تجديد التعاقد.

بيان قانون الخصوصية

تجمع (CMS) Centers for Medicare & Medicaid Services، مراكز خدمات Medicare و Medicaid (المعلومات من خطط Medicare لتتبع تسجيل المنتفعين من خطط Medicare Advantage (MA) ولتحسين الرعاية ولدفع مزايا Medicare. تجيز البنود 1851 من Social Security Act (قانون الضمان الاجتماعي) و 42 كود اللوائح الفيدرالية (CFR) §§ 422.50 و 422.60 جمع هذه المعلومات. يجوز لـ CMS استخدام بيانات التسجيل والإفصاح عنها وتبادلها من المنتفعين من Medicare كما هو محدد في إشعار نظام السجلات (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", رقم النظام 09-70-0588. استجابتك لهذه الاستمارة طوعية. ومع ذلك، فإن عدم الاستجابة قد يؤثر على التسجيل في الخطة.

عادةً، يمكنك التسجيل في خطة Medicare Advantage فقط خلال فترة التسجيل السنوية من 15 تشرين الأول / أكتوبر إلى 7 كانون الأول / ديسمبر من كل عام. توجد استثناءات قد تسمح لك بالتسجيل في خطة Medicare Advantage خارج هذه الفترة.

يرجى قراءة البيانات التالية بعناية وتجديد المربع إذا كانت البيانات تنطبق عليك. من خلال تحديد أي من المربعات التالية، فإنك تؤكد -على حد علمك- أنك مؤهل لفترة التسجيل. إذا وجدنا لاحقاً أن هذه المعلومات غير صحيحة، فقد يتم إلغاء تسجيلك.

أنا عضو جديد في Medicare.

لقد تم تسجيلي في إحدى خطط Medicare Advantage وأريد إجراء تغيير في أثناء فترة التسجيل المفتوح لخطة Medicare Advantage (MA OEP).

لقد انتقلت مؤخرًا خارج منطقة الخدمة الخاصة بخطتي الحالية أو انتقلت مؤخرًا وهذه الخطة هي خيار جديد بالنسبة لي. لقد انتقلت في يوم (أدخل التاريخ شهر/يوم/سنة)

لقد تم إطلاق سراحني مؤخرًا من السجن. لقد تم إطلاق سراحني في يوم (أدخل التاريخ شهر/يوم/سنة)

عدت مؤخرًا إلى الولايات المتحدة بعد أن عشت بشكل دائم خارج الولايات المتحدة عدت إلى الولايات المتحدة في يوم (أدخل التاريخ شهر/يوم/سنة)

لقد حصلت مؤخرًا على إقامة قانونية في الولايات المتحدة. لقد حصلت على هذه الإقامة في يوم (أدخل التاريخ شهر/يوم/سنة)

لقد حدث لي مؤخرًا تغيير في Medicaid (حصلت مؤخرًا على Medicaid، أو حدث تغيير في مستوى مساعدة Medicaid، أو فقدت تغطية Medicaid) في يوم (أدخل التاريخ شهر/يوم/سنة)

لقد حدث لي مؤخرًا تغيير في Extra Help (الإعانة الإضافية) الخاصة بي في دفع تكاليف تغطية الأدوية الموصوفة من برنامج Medicare (لقد حصلت مؤخرًا على Extra Help، أو حدث تغيير في مستوى Extra Help، أو فقدت Extra Help) في يوم (أدخل التاريخ شهر/يوم/سنة)

لديّ كل من Medicare و Medicaid (أو تساعدني ولايتي في دفع أقساط Medicare الخاصة بي) أو أحصل على Extra Help في دفع تغطية الأدوية الموصوفة من Medicare، لكن لم يحدث تغيير.

أنتقل إلى منشأة رعاية طويلة الأمد أو أعيش فيها أو انتقلت مؤخرًا منها (على سبيل المثال، دار رعاية المسنين أو منشأة رعاية طويلة الأمد). انتقلت/سوف أنتقل إلى/من المنشأة في يوم (أدخل التاريخ شهر/يوم/سنة)

- لقد تركت مؤخرًا برنامج (PACE) Program of All-Inclusive Care for the Elderly، برنامج الرعاية الشاملة للمسنين) في يوم (أدخل التاريخ شهر/يوم/سنة)
- _____
- لقد فقدت مؤخرًا بشكل غير طوعي تغطية الأدوية الموصوفة التي كانت لدي (تغطية مكافئة لتغطية Medicare). لقد فقدت تغطية الأدوية الخاصة بي في يوم (أدخل التاريخ شهر/يوم/سنة)
- _____
- سأترك تغطية رب العمل أو النقابة في يوم (أدخل التاريخ شهر/يوم/سنة)
- _____
- مشارك في برنامج مساعدة الصيدلة الذي توفره ولايتي.
- تنهي خطتي عقدها مع Medicare، أو Medicare تنهي عقدها مع خطتي.
- تم تسجيلي في خطة من قبل Medicare (أو ولايتي) وأريد اختيار خطة مختلفة. بدأت عملية تسجيلي في هذه الخطة في يوم (أدخل التاريخ شهر/يوم/سنة)
- _____
- تم تسجيلي في Special Needs Plan (SNP)، خطة الاحتياجات الخاصة) ولكنني فقدت مؤهل الاحتياجات الخاصة المطلوب للانضمام إلى الخطة. تم إلغاء تسجيلي من SNP في يوم (أدخل التاريخ شهر/يوم/سنة)
- _____
- لقد تأثرت بحالة طوارئ أو كارثة كبرى (كما أعلنتها FEMA) Federal Emergency Management Agency، الوكالة الفيدرالية لإدارة الطوارئ) أو من قبل كيان حكومي فيدرالي أو حكومي محلي أو تابع للولاية). تنطبق إحدى العبارات الأخرى هنا عليّ، ولكن لم أتمكن من تقديم طلب التسجيل بسبب الكارثة.
- لقد فاتني فترة الانتقاء الأولية (IEP)
- لقد فاتني فترة التسجيل السنوية (AEP)
- أنا في خطة تم الاستحواذ عليها مؤخرًا من قبل السلطة التنظيمية للولاية أو الإقليم بسبب مشاكل مالية. أريد التبديل إلى خطة أخرى.
- أنا في خطة كان تصنيف النجوم فيها أقل من 3 نجوم خلال السنوات الثلاث (3) الماضية. أريد الانضمام إلى خطة ذات تصنيف نجوم يكافئ 3 نجوم أو أعلى.
- أنا جديد في برنامج Medicare وتم التأهل لبرنامج Medicare بأثر رجعي، لذا تم إخطاري بالحصول على تغطية Medicare بعد تاريخ سريان الجزء A و/أو B الخاص بي.
- إذا لم ينطبق أي من هذه العبارات عليك أو لم تكن متأكدًا، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield of California على الهاتف (TTY: 711) 534-4263 (888) أو الوكيل المفوض، لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً للتسجيل أم لا. ساعات العمل لدينا من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً طوال أيام الأسبوع من 1 تشرين الأول/أكتوبر حتى 31 آذار/مارس ومن الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة، من 1 نيسان/أبريل إلى 30 أيلول/سبتمبر.