

• طرح شما صورتحسابی برای حق بیمه طرح برای تان ارسال می کند. می توانید ثبت نام کنید تا پرداخت های حق بیمه تان از حساب بانکی یا مزایای ماهیانه تأمین اجتماعی (یا Railroad Retirement Board (RRB، هیئت بازنشستگی راه آهن)) کسر شود.

بعد از آن چه اتفاقی می افتد؟

فرم تکمیل و امضاشده خود را ایمیل، پست یا دورنگار کنید:

ایمیل: WHMembership@blueshieldca.com

پست: Blue Shield of California

P.O. Box 948

Woodland Hills, CA 91365-9856

دورنگار: (877) 251-3660

وقتی درخواست شما برای پیوستن را پردازش کردند، با شما تماس خواهند گرفت

چگونه می توانم از این فرم کمک بگیرم؟

با نماینده مجاز خود یا نماینده Blue Shield خود در

(888) 534-4263 تماس بگیرید. کاربران TTY می توانند

با شماره **711** تماس بگیرند. یا، با Medicare با شماره

(1-800-633-4227) یا **1-800-MEDICARE** تماس بگیرند.

کاربران TTY می توانند با شماره **1-877-486-2048** تماس بگیرند.

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.

افراد بی خانمان

• اگر می خواهید به طرحی ملحق شوید اما اقامت دائم ندارید، یک صندوق پستی، نشانی پناهگاه یا درمانگاه، یا نشانی ای که نامه دریافت می کنید (مثلاً چک تأمین اجتماعی) می تواند نشانی اقامت دائم شما در نظر گرفته شود.

چه کسی می تواند از این فرم استفاده کند؟

افراد دارای Medicare که می خواهند به طرح Medicare Advantage بپیوندند

برای پیوستن به طرح، باید:

• شهروند ایالات متحده باشید یا به طور قانونی در ایالات متحده حضور داشته باشید

• در منطقه خدماتی طرح زندگی کنید

مهم: برای پیوستن به طرح Medicare Advantage، باید هر دو این موارد را نیز داشته باشید:

• Medicare قسمت A (بیمه بیمارستانی)

• Medicare قسمت B (بیمه پزشکی)

چه زمانی از این فرم استفاده کنم؟

می توانید به یک طرح بپیوندید:

• بین 15 اکتبر تا 7 دسامبر هر سال (برای پوشش از 1 ژانویه)

• ظرف 3 ماه از اولین دریافت Medicare

• در شرایط خاصی که مجاز به پیوستن یا تغییر طرح ها هستید

• واجدین شرایط دوگانه مجاز به ثبت نام یک بار در ماه در

AIP، FIDE SNP، یا Original Medicare با PDP

هستند. ثبت نام از اول ماه بعد مؤثر است.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه زمانی می توانید

برای یک طرح ثبت نام کنید، به وبگاه **Medicare.gov** سر بزنید.

برای تکمیل این فرم به چه مواردی نیاز دارم؟

• شماره Medicare (شماره روی کارت Medicare قرمز، سفید و آبی)

• شماره تلفن و نشانی دائمی

توجه: شما باید تمام موارد در بخش 1 را تکمیل کنید. موارد موجود در بخش 2 اختیاری هستند - به خاطر پر نکردن آنها پوشش آنها را از دست نمی دهید.

یادآوری ها:

• اگر می خواهید در طول ثبت نام آزاد پاییز (15 اکتبر تا 7 دسامبر)

به طرحی بپیوندید، طرح باید فرم تکمیل شده شما را تا 7

دسامبر دریافت کند.

مطابق با Paperwork Reduction Act (PRA)، قانون کاهش تشریفات اداری) مصوب 1995، هیچ شخصی ملزم به پاسخگویی به جمع آوری اطلاعات نیست، مگر اینکه درخواست جمع آوری اطلاعات دارای شماره کنترل معتبر از Office of Management and Budget (OMB)، اداره مدیریت و بودجه باشد. شماره کنترل معتبر OMB برای این درخواست جمع آوری اطلاعات 0938-1378 است. زمان برآورده شده لازم برای تکمیل این جمع آوری اطلاعات به طور متوسط 20 دقیقه برای هر پاسخ است که شامل زمان بازبینی دستورالعمل ها، جستجوی منابع داده های موجود و جمع آوری داده های مورد نیاز و تکمیل و بررسی جمع آوری اطلاعات است. اگر هرگونه نظری راجع به دقت برآورد (های) زمانی دارید یا پیشنهادی برای بهبود این فرم دارید، لطفاً نظر خود را به این نشانی ارسال کنید: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

مهم

این فرم یا هر موردی را با اطلاعات شخصی خود (مانند ادعاها، پرداخت ها، سوابق پزشکی و غیره) به PRA Reports Clearance Office (دفتر تسویه گزارشات PRA) ارسال نکنید. هر موردی که به دست می آوریم که در مورد چگونگی بهبود این فرم یا بار مجموعه آن (که در 0938-1378 OMB ذکر شده) نباشد، از بین خواهد رفت. نگهداری، بررسی یا ارسال به طرح نخواهد شد. برای ارسال فرم تکمیل شده خود به طرح، به «بعد از آن چه اتفاقی می افتد؟» در این صفحه مراجعه کنید

بخش 1 - تمام فیلدهای این بخش الزامی است (مگر اینکه به صورت اختیاری علامت گذاری شده باشند)

طرحی را که می‌خواهید به آن بپیوندید انتخاب کنید:

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

☐ شهرستان‌های Los Angeles/San Diego
(\$0 در ماه)

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

تاریخ تولد (سال/روز/ماه):	جنسیت: ☐ مرد ☐ زن
---------------------------	---

شماره تلفن:	نوع تلفن: ☐ تلفن ثابت ☐ تلفن همراه
-------------	--

نشانی خیابان محل اقامت دائم (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:	کد پستی:
------	--------	----------

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

شهر:	ایالت:	کد پستی:
------	--------	----------

اطلاعات Medicare شما:

شماره Medicare:

به این پرسش‌های مهم پاسخ دهید:

آیا پوشش داروهای تجویزی دیگری (مانند VA، TRICARE) علاوه بر Blue Shield TotalDual Plan خواهید داشت؟
☐ بله ☐ خیر

پوشش داروهای تجویزی:

نام پوشش دیگر:

شماره عضو برای این پوشش:

شماره گروه برای این پوشش:

پوشش پزشکی:

نام پوشش دیگر:

شماره عضو برای این پوشش:

شماره گروه برای این پوشش:

آیا در برنامه ایالتی Medicaid (Medi-Cal) خود ثبت نام کرده اید؟ ☐ بله ☐ خیر
اگر بله، لطفاً شماره Medicaid (Medi-Cal) خود را (الزامی) ارائه دهید:

مهم: موارد زیر را بخوانید و امضا کنید:

- برای ماندن در Blue Shield TotalDual Plan باید هم بیمه بیمارستان (قسمت A) و هم بیمه پزشکی (قسمت B) را نگه دارم.
- با پیوستن به این طرح Medicare Advantage، تصدیق می‌کنم که Blue Shield TotalDual Plan اطلاعات من را با Medicare به اشتراک می‌گذارد، که ممکن است از آن برای پیگیری ثبت‌نام من، پرداخت‌ها و سایر اهداف مجاز توسط قانون فدرال که اجازه جمع‌آوری این اطلاعات را می‌دهد استفاده کند. (Privacy Act Statement) (بیانیه قانون حفظ حریم خصوصی) را در زیر ببینید. پاسخ شما به این فرم داوطلبانه است. با این حال، عدم پاسخگویی ممکن است بر ثبت‌نام در طرح تأثیر بگذارد.
- می‌دانم که می‌توانم هر بار فقط در یک طرح MA ثبت‌نام کنم - و ثبت‌نام در این طرح به‌طور خودکار به ثبت‌نام من در طرح MA دیگر پایان می‌دهد (استثناهایی برای برنامه‌های MA PFFS، MA MSA، اعمال می‌شود).
- من می‌دانم که وقتی پوشش Blue Shield TotalDual Plan شروع می‌شود، باید تمام مزایای پزشکی و داروهای تجویزی خود را از Blue Shield TotalDual Plan دریافت کنم. مزایا و خدمات ارائه شده توسط Blue Shield TotalDual Plan و موجود در Blue Shield TotalDual Plan من Evidence of Coverage (EOC)، شواهد پوشش (همچنین به عنوان قرارداد عضو یا توافقنامه مشترک شناخته می‌شود) تحت پوشش قرار خواهد گرفت. نه Medicare و نه Blue Shield TotalDual Plan برای مزایا یا خدماتی که تحت پوشش نیستند، هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنند.
- تاجایی که می‌دانم، تمام اطلاعات این فرم ثبت‌نام صحیح است. آگاه هستم که اگر عمداً اطلاعات نادرستی در این فرم ارائه دهم، ثبت‌نام من در این طرح لغو خواهد شد.
- آگاه هستم که امضای من (یا امضای شخصی که براساس قوانین ایالت محل زندگی‌ام مجاز است ازطرف من اقدام کند) در این درخواست به این معناست که محتوای این درخواست را مطالعه و درک کرده‌ام. اگر نماینده مجازی (مطابق شرح فوق) امضا کرده باشد، این امضا گواهی می‌دهد که:
(1) این شخص طبق قانون ایالتی مجاز به تکمیل این ثبت‌نام است، و
(2) اسناد این مرجع در صورت درخواست توسط Medicare در دسترس است.

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

اگر نماینده مجاز هستید، در بالا امضا کنید و این فیلدها را پر کنید.
نام:

نشانی خیابان:

شهر:

ایالت: کدپستی:

شماره تلفن:

نسبت با ثبت‌نام‌کننده:

بخش 2 - تمامی فیلدهای این بخش اختیاری است

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

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

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

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

☐ سرخپوست آمریکایی یا بومی‌الاسکا آسیایی:
☐ آسیایی-هندی
☐ چینی
☐ فیلیپینی
☐ ژاپنی
☐ کره‌ای
☐ ویتنامی
☐ دیگر مردم آسیایی
☐ سیاه‌پوست یا آمریکایی-آفریقایی
بومی‌اهل هاوایی و اهل جزایر پاسیفیک:
☐ اهل جزیره گوام یا چامورو
☐ بومی‌هاوایی
☐ ساموآ
☐ دیگر مردم اهل جزایر پاسیفیک
☐ سفیدپوست
☐ ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم.

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

☐ عربی
☐ ارمنی
☐ کامبوجی
☐ چینی (ساده شده)
☐ چینی (سنتی)
☐ فارسی
☐ کره‌ای
☐ روسی
☐ اسپانیایی
☐ تاگالوگ
☐ ویتنامی

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

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

آیا کار می‌کنید؟ ☐ بله ☐ خیر آیا همسر شما کار می‌کند؟ ☐ بله ☐ خیر

پزشک مراقبت‌های اولیه (PCP)، درمانگاه یا مرکز بهداشتی خود را فهرست کنید:

نام پزشک، درمانگاه یا مرکز بهداشت:

شماره شناسه پزشک، درمانگاه یا مرکز بهداشت:

نام گروه پزشک، درمانگاه یا مرکز بهداشت:

بیمار فعلی؟ ☐ بله ☐ خیر

نشانی ایمیل: شماره تلفن همراه:

با ارائه نشانی ایمیل خود در قسمت بالا، به‌طور خودکار در خدمات تحویل غیرکاغذی برای برخی از اطلاعاتی که شما می‌خواهید عضو می‌شوید.

بسیاری از اطلاعاتی که الزامی طرح خود را به‌صورت الکترونیکی تحویل خواهید گرفت. هنگامی که اطلاعاتی جدید (مثلاً: «توضیح مزایا» یا «اطلاعه 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 اطلاعات دسترسی یابید. ☐ به‌جای تحویل غیرکاغذی، نسخه‌های چاپی مطالب لازم را برای شما پست خواهیم کرد. لطفاً توجه داشته باشید که برخی از این اطلاعاتی 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.

پرداخت حق بیمه طرح

می‌توانید هر ماه از طریق پست حق بیمه ماهانه خود را (ازجمله 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) کسر شود. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره گزینه‌های پرداخت خود، به وبگاه 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 چک مزایای بیمه تأمین اجتماعی 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 نپذیرد، برای حق بیمه ماهانه‌تان صورت حساب کاغذی برای شما ارسال خواهیم کرد.)

اگر مجبورید مبلغ تعدیل ماهانه مربوط به بخش D-درآمد (بخش D-IRMAA) را پردازید، علاوه بر حق بیمه طرح، مسئولیت پرداخت این مبلغ اضافی هم برعهده شما خواهد بود. این مبلغ معمولاً از مزایای تأمین اجتماعی شما خارج می‌شود، یا ممکن است صورت حسابی از Medicare (یا RRB) دریافت کنید. بخش D-IRMAA را به Blue Shield of California پرداخت نکنید.

فقط برای افرادی که به ثبت‌نام‌کنندگان در تکمیل این فرم کمک می‌کنند

این بخش را کامل کنید اگر شما فردی (یعنی از مشاوران State Health Insurance Program (SHIP)، برنامه کمک بیمه سلامت ایالت)، اعضای خانواده یا سایر اشخاص ثالث) هستید که به ثبت‌نام‌کننده کمک می‌کند تا این فرم را پر کند.

نام: _____ نسبت با ثبت‌نام‌کننده: _____
☐ مشاوران SHIP ☐ نماینده مجاز
 امضا: _____ ☐ سایر موارد (شخص ثالث) ☐ خود

اطلاعات عامل نوشتار/سازنده:

*فیلد الزامی را نشان می‌دهد.

نام آژانس تعیین شده: _____

(لطفاً نام نمایندگی تعیین شده را با حروف بزرگ بنویسید)

شناسه مالیاتی آژانس منصوب: _____

(لطفاً شناسه مالیاتی نمایندگی 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 توسط عامل نوشتار/سازنده: _____

امضای عامل نوشتار/سازنده: _____

با امضا کردن این سند، بدین وسیله گواهی می‌دهم که «قوانین ثبت‌نام و دستورالعمل‌های بازاریابی و ارتباطات CMS Medicare» را خوانده و درک کرده‌ام و تایید می‌کنم که فرد ثبت‌نام‌کننده کیت کامل ثبت‌نام را دریافت کرده است. موافقت می‌کنم که این ثبت‌نام 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. ثبت‌نام در Blue Shield of California به تمدید قرارداد بستگی دارد.

بیانیه قانون حفظ حریم خصوصی

CMS) Centers for Medicare & Medicaid Services (مراکز خدمات Medicare و Medicaid) اطلاعاتی را از برنامه‌های Medicare جمع‌آوری می‌کند تا ثبت‌نام ذینفعان در طرح‌های Medicare Advantage (MA)، بهبود مراقبت و پرداخت مزایای Medicare را پیگیری کند. بخش 1851 مربوط به Social Security Act (قانون تأمین اجتماعی) و 42 قانون مقررات فدرال §§ (CFR) 422.50 و 422.60 اجازه جمع‌آوری این اطلاعات را می‌دهد. CMS ممکن است از داده‌های ثبت‌نام از ذینفعان Medicare همانطور که در اعلامیه سیستم سوابق (SORN) «Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)»، شماره سیستم 09-70-0588 مشخص شده است استفاده، افشا و مبادله کند. پاسخ شما به این فرم داوطلبانه است. با این حال، عدم پاسخگویی ممکن است بر ثبت‌نام در طرح تأثیر بگذارد.

به‌طور معمول، شما می‌توانید در طرح Medicare Advantage فقط در طول دوره ثبت‌نام سالانه از 15 اکتبر تا 7 دسامبر هر سال ثبت‌نام کنید. استثنائاتی وجود دارد که ممکن است به شما اجازه دهد خارج از این دوره در طرح Medicare Advantage ثبت‌نام کنید.

لطفاً عبارات زیر را به دقت بخوانید و اگر عبارت در مورد شما صدق می‌کند، کادر را علامت بزنید. با علامت زدن هر یک از کادرهای زیر، تأیید می‌کنید که تا آنجا که می‌دانید، واجد شرایط یک «دوره ثبت‌نام» هستید. اگر بعداً تشخیص دهیم که این اطلاعات نادرست است، ممکن است از عضویت خارج شوید.

☐ من تازه وارد Medicare هستم.

☐ من در یک طرح Medicare Advantage ثبت‌نام کرده‌ام و می‌خواهم در طول در طول «دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage» (MA OEP) تغییری ایجاد کنم.

☐ من اخیراً برای طرح فعلی خود به خارج از منطقه خدمات نقل مکان کرده‌ام یا اخیراً نقل مکان کرده‌ام و این طرح گزینه‌ای جدید برای من است. من در تاریخ (درج تاریخ سال/روز/ماه) نقل مکان کردم

☐ من اخیراً از زندان آزاد شدم. من در تاریخ (درج تاریخ سال/روز/ماه) آزاد شدم

☐ من اخیراً پس از زندگی دائم در خارج از ایالات متحده به ایالات متحده بازگشتم. من در تاریخ (درج تاریخ سال/روز/ماه) به ایالات متحده بازگشتم

☐ من اخیراً وضعیت حضور قانونی در ایالات متحده را به دست آورده‌ام. من این وضعیت را در تاریخ زیر دریافت کردم (درج تاریخ سال/روز/ماه)

☐ من اخیراً در تاریخ (درج تاریخ سال/روز/ماه) تغییری در Medicaid خود داشتم (به‌تازگی Medicaid دریافت کردم، سطح کمک Medicaid را تغییر دادم یا Medicaid را از دست دادم)

☐ من اخیراً تغییری در Extra Help (کمک اضافی) خود داشتم که برای پوشش داروی نسخه‌ای Medicare پرداخت می‌کردم (که اخیراً Extra Help دریافت کردم، سطح Extra Help را تغییر دادم یا Extra Help را از دست دادم) در تاریخ (درج تاریخ سال/روز/ماه)

☐ من هم Medicare و هم Medicaid را دارم (یا ایالت من به پرداخت حق بیمه Medicare کمک می‌کند) یا برای پرداخت پوشش داروهای نسخه‌ای Medicare خود Extra Help دریافت می‌کنم، اما تغییری نداشته‌ام.

☐ من به یک «مرکز مراقبت طولانی‌مدت» نقل مکان می‌کنم، در آن زندگی می‌کنم یا اخیراً از آن خارج شده‌ام (مثلاً، خانه سالمندان یا مرکز مراقبت طولانی‌مدت). من در تاریخ (درج تاریخ سال/روز/ماه) نقل مکان کردم/به داخل/خارج از مرکز نقل مکان خواهم کرد

- ☐ من اخیراً یک برنامه (PACE) Program of All-Inclusive Care for the Elderly، برنامه مراقبت فراگیر برای سالمندان) را در (درج تاریخ سال/روز/ماه) ترک کرده‌ام
- _____
- ☐ من اخیراً به طور غیرارادی پوشش معتبر داروهای تجویزی خود را از دست داده‌ام (پوششی به‌خوبی Medicare). من پوشش دارویی خود را در تاریخ (درج تاریخ سال/روز/ماه) از دست دادم
- _____
- ☐ من پوشش کارفرما یا اتحادیه را در تاریخ (درج تاریخ سال/روز/ماه) ترک می‌کنم
- _____
- ☐ من عضو یک برنامه کمک داروخانه هستم که توسط ایالت من ارائه شده است.
- ☐ برنامه من این است که قرارداد خود را با Medicare پایان می‌دهد، یا Medicare درحال پایان دادن به قرارداد خود با برنامه من است.
- ☐ من در برنامه‌ای توسط Medicare (یا ایالت) ثبت‌نام شده‌ام و می‌خواهم طرح دیگری را انتخاب کنم. ثبت‌نام من در آن طرح در تاریخ (درج تاریخ سال/روز/ماه) شروع شد
- _____
- ☐ من در یک Special Needs Plan (SNP)، طرح نیازهای ویژه) ثبت‌نام کردم اما صلاحیت نیازهای ویژه مورد نیاز برای حضور در این طرح را از دست داده‌ام. من از SNP در تاریخ (درج تاریخ سال/روز/ماه) حذف ثبت‌نام شدم
- _____
- ☐ من تحت تأثیر فاجعه‌ای اضطراری یا بزرگ قرار گرفتم (که از سوی Federal Emergency Management Agency (FEMA)، آژانس مدیریت اضطراری فدرال) یا از سوی نهاد دولتی فدرال، ایالتی یا محلی اعلام شده است). یکی از عبارات دیگر در اینجا برای من اعمال شد، اما به دلیل فاجعه نتوانستم درخواست ثبت‌نام خود را ارائه دهم.
- ☐ من «دوره اولیه انتخابات» (IEP) را از دست دادم
- ☐ من «دوره ثبت‌نام سالانه» (AEP) را از دست دادم
- ☐ من در طرحی هستم که اخیراً به دلیل مسائل مالی توسط مقام نظارتی ایالتی یا منطقه‌ای در اختیار گرفته شده است. من می‌خواهم به طرح دیگری تغییر موضع دهم.
- ☐ من در برنامه‌ای هستم که در 3 سال گذشته رتبه‌بندی ستاره‌ای کمتر از 3 ستاره داشته است. من می‌خواهم به طرحی ملحق شوم که دارای رتبه ستاره 3 یا بالاتر است.
- ☐ من تازه وارد Medicare شده‌ام و استحقاق Medicare به‌طور عطف به ماسبق را دارم، بنابراین درمورد دریافت Medicare پس از تاریخ اجرایی قسمت A و/یا B به من اطلاع داده شد.
- اگر هیچ یک از این عبارات درمورد شما صدق نمی‌کند یا مطمئن نیستید، لطفاً با Blue Shield of California به شماره (888) 534-4263 (TTY: 711) یا نماینده مجاز برای دیدن اینکه آیا واجد شرایط ثبت‌نام هستید یا خیر تماس بگیرید. ساعات کاری ما از 8 صبح تا 8 شب در هفت روز هفته از 1 اکتبر تا 31 مارس و از 8 صبح تا 8 شب، از دوشنبه تا جمعه از 1 آوریل تا 30 سپتامبر است.