

## فرم درخواست ثبت نام فردی 2024

- طرح شما یک صورت حساب برای حق بیمه طرح ارسال خواهد کرد می‌توانید در ثبت نام خود مشخص کنید که حق بیمه از حساب بانکی شما یا از مستمری تأمین اجتماعی ماهانه (یا مستمری صندوق بازنشستگی راه آهن (Railroad Retirement Board) شما کسر شود.

### مرحله بعدی چیست؟

فرم تکمیل شده و امضا شده خود را به روش های زیر ایمیل کنید، پست کنید یا با فکس ارسال نمایید:

ایمیل: WHMembership@blueshieldca.com

پست: Blue Shield of California

PO BOX 948

Woodland Hills, CA 91365-9856

فکس: (877) 251-3660

پس از بررسی درخواست عضویت ارسالی، آنها با شما تماس خواهند گرفت.

### چگونه در خصوص این فرم کمک دریافت کنم؟

با نماینده مجاز خود یا نمایندگی Blue Shield خود از طریق شماره 534-4263 (888) تماس بگیرید. کاربران تله تایپ (TTY) می‌توانند با شماره 711 تماس بگیرند. یا از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با Medicare تماس داشته باشند. کاربران تله تایپ (TTY) می‌توانند 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 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

### افراد در شرایط بی خانمانی

- اگر قصد دارید به یک طرح بپیوندید اما فاقد محل اقامت دائم هستید، یک نشانی صندوق پستی، نشانی یک سرپناه یا کلینیک یا آدرس دریافت پستی (برای مثال، چک های تأمین اجتماعی) را می‌توان به عنوان آدرس اقامت دائمی شما منظور کرد.

### چه افرادی می‌توانند از این فرم استفاده کنند؟

افرادی که تحت پوشش Medicare هستند و قصد دارند به یک طرح Medicare Advantage Plan (مزایای ترجیحی Medicare) بپیوندند

### برای پیوستن به طرح، لازم است:

- شهروند یا دارای وضعیت اقامت قانونی ایالات متحده باشید.

- در منطقه سروس دهی طرح زندگی کنید

**نکته مهم:** برای پیوستن به یک طرح Medicare Advantage Plan، باید هر دو فقره زیر را نیز داشته باشید:

- Medicare Part A (بیمه خدمات بیمارستانی)

- Medicare Part B (بیمه درمانی)

### این فرم را در چه مواردی استفاده کنم؟

شما می‌توانید در زمان های زیر به یک طرح بپیوندید:

- در بازه 15 اکتبر تا 7 دسامبر هر سال (برای پوشش های بیمه ای که از ژانویه شروع می‌شوند)
- ظرف مدت 3 ماه از نخستین عضویت Medicare
- در برخی شرایط خاص که ممکن است اجازه داده شود به طرح ها بپیوندید یا طرح خود را تغییر دهید
- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره دوره زمانی که می‌توانید برای یک طرح ثبت نام کنید وبسایت Medicare.gov را ببینید.

### برای تکمیل این فرم به چه مواردی نیاز دارم؟

- شماره Medicare (شماره روی کارت قرمز، سفید و آبی Medicare خود)
- نشانی دائمی و شماره تلفن

**توجه:** لازم است همه موارد قسمت 1 را تکمیل کنید.

موارد قسمت 2 اختیاری هستند - اگر آنها را تکمیل نکنید، نمی‌توانند پوشش بیمه شما را رد کنند.

### یادآوری ها:

- اگر می‌خواهید در بازه زمانی ثبت نام آزاد پاییزی (15 اکتبر-7 دسامبر) به یک طرح بپیوندید، طرح باید فرم تکمیل شده را تا 7 دسامبر دریافت کند.

مطابق با قانون کاهش تشریفات اداری (Paperwork Reduction Act) سال 1995، هیچ شخصی ملزم نیست جهت گردآوری اطلاعات همکاری کند مگر اینکه یک شماره کنترل OMB معتبر ارائه شود. شماره کنترل OMB معتبر برای این گردآوری اطلاعات 0938-1378 است. مدت زمان مورد نیاز برای تکمیل این اطلاعات حدود 20 دقیقه برای هر پاسخ برآورد می‌شود، شامل زمان مرور دستورالعمل‌ها، جستجوی منابع داده موجود، گردآوری داده‌های مورد نیاز و تکمیل و بازبینی گردآوری اطلاعات است. اگر درباره دقت محاسبه زمان نظری دارید یا پیشنهاداتی برای بهبود این فرم دارید، لطفاً بصورت مکتوب با ما در میان بگذارید: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

### نکته مهم

این فرم یا هیچ مستند حاوی اطلاعات شخصی خود (مانند شکوائیه‌ها، پرداخت‌ها، سوابق پزشکی و امثال آن) را برای دفتر پاکسازی گزارشات (PRA Reports Clearance Office) ارسال نکنید. تمامی موارد دریافتی که به نحوه بهبود این فرم یا گردآوری اطلاعات از طریق آن مربوط نباشند (تشریح شده در OMB 0938-1378) معلوم خواهند شد. این قبیل موارد، نگهداری، بازبینی یا برای طرح بازارسال نمی‌شوند. جهت ارسال فرم تکمیل شده خود برای طرح، بخش «مرحله بعدی چیست؟» را در این صفحه ملاحظه کنید.

**قسمت 1 - تکمیل همه کادرهای این قسمت الزامی است (مگر اینکه با علامت اختیاری مشخص شده باشند)**

طرح موردنظر را که می‌خواهید به آن بپیوندید انتخاب کنید:

**Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)**

کانتی‌های لس‌انجلس/سن‌دیه‌گو  
(\$0 در ماه)

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

تاریخ تولد (سال/روز/ماه):	جنسیت: <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مونث
---------------------------	--

شماره تلفن:	نوع تلفن: <input type="checkbox"/> ثابت <input type="checkbox"/> تلفن همراه
-------------	---

**نشانی خیابان سکونت دائمی:** (نشانی صندوق پستی وارد نکنید)

نشانی خیابان:

شهر:	ایالت:	کد پستی (زیپ کد):
------	--------	-------------------

**نشانی پستی، اگر با آدرس سکونت دائمی متفاوت است:** (نشانی صندوق پستی مجاز است)

نشانی خیابان:

شهر:	ایالت:	کد پستی (زیپ کد):
------	--------	-------------------

**اطلاعات Medicare شما:**

شماره Medicare:

**به این سوالات مهم پاسخ دهید:**

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

**پوشش داروهای نسخه‌ای:**

نام پوشش بیمه دیگر:

شماره عضویت برای این پوشش بیمه:

شماره گروه برای این پوشش بیمه:

**پوشش بیمه درمانی:**

نام پوشش بیمه دیگر:

شماره عضویت برای این پوشش بیمه:

شماره گروه برای این پوشش بیمه:

آیا در برنامه Medicaid (Medi-Cal) ایالتی خود ثبت نام کرده‌اید؟  بلی  خیر  
در صورتی که پاسخ مثبت است، لطفاً شماره Medicaid (Medi-Cal) خود را ارائه دهید

## نکته مهم: مطالعه کنید و ذیل آن را امضا کنید:

- برای اینکه تحت پوشش Blue Shield TotalDual Plan باقی بمانم، باید هر دو پوشش خدمات بیمارستانی (Part A) و درمانی (Part B) را داشته باشم.
- با پیوستن به این Medicare Advantage Plan، من تأیید می‌کنم که Blue Shield Medicare Advantage Plan اطلاعات من را با Medicare به اشتراک خواهد گذاشت که آن نیز به نوبه خود ممکن است آنها را برای رهگیری ثبت نام، انجام پرداخت‌ها و سایر اهدافی که قانون فدرال مربوط به گردآوری این اطلاعات اجازه می‌دهد استفاده کنم (اظهارنامه قانون حفظ محرمانگی (Privacy Act Statement) را در زیر ببینید). پاسخ شما به این فرم اختیاری است. با این حال، عدم پاسخ‌گویی ممکن است بر ثبت نام شما در طرح تأثیرگذار باشد.
- من درک می‌کنم که می‌توانم تنها برای طرح MA ثبت نام کنم - و ثبت نام در این طرح به طور خودکار عضویت من در طرح MA دیگر را خاتمه خواهد داد (استثنائاتی برای طرح‌های MA PFFS، MA MSA، اعمال می‌شود).
- من متوجه هستم که وقتی پوشش Blue Shield Medicare Advantage Plan شروع شود، می‌بایست همه مزایای درمانی و داروهای نسخه‌ای خود را از Blue Shield Medicare Advantage Plan دریافت کنم. مزایا و خدمات که توسط Blue Shield Medicare Advantage Plan ارائه می‌شوند و در سند گواهی پوشش خدمات (Evidence of Coverage) مربوط به Blue Shield Medicare Advantage Plan (که قرارداد عضو یا توافق نامه مشترک خدمات نیز نامیده می‌شود) تشریح شده‌اند، تحت پوشش خواهند بود. نه Medicare و نه Blue Shield Medicare Advantage Plan من هیچ‌کدام هزینه‌ای بابت مزایا یا خدماتی که تحت پوشش نیستند، پرداخت نخواهند کرد.
- تا جایی که اطلاع دارم، اطلاعات مندرج در این فرم ثبت نام صحیح هستند. من درک می‌کنم چنانچه تعمداً اطلاعات اشتباه در این فرم ارائه دهم، ثبت نام من در طرح ملغی خواهد شد.
- من درک می‌کنم امضای من (یا امضای شخصی که به طور قانونی نمایندگی من را برعهده دارد) ذیل این درخواست بدین معناست که محتوای این درخواست را مطالعه نموده و متوجه می‌شوم. چنانچه توسط نماینده مجاز امضا شود (چنانچه در بالا تشریح شد)، این امضا تصدیق می‌کند که:
  - 1) این شخص مطابق با قانون ایالتی اجازه تکمیل ثبت نام را دارد، و
  - 2) مستندات این اجازه‌نامه حسب درخواست توسط Medicare موجود هستند.

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

اگر نماینده مجاز هستید، بالا را امضا کرده و این کادرها را تکمیل کنید.  
نام:

نشانی خیابان:

شهر: ایالت: کد پستی (زیپ کد):

شماره تلفن:

نسبت با ثبت نام شونده:

## قسمت 2 - تکمیل همه کادرهای این قسمت اختیاری است

پاسخ دادن به این سوالات در اختیار شماست. اگر آنها را تکمیل نکنید، نمی‌توانند پوشش بیمه شما را رد کنند.

آیا اسپانیایی‌تبار، لاتین یا اسپانیایی هستید؟ همه مواردی را که صدق می‌کنند انتخاب کنید.

- خیر، اسپانیایی‌تبار، لاتین یا اسپانیایی نیستم  بلی، مکزیک، مکزیک-آمریکایی، چیکانو/چیکانا
- بلی، پورتوریکویی  بلی، کوبایی
- بلی، سایر اتباع اسپانیایی‌تبار، لاتین یا اسپانیایی نیستم
- ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم.

نژاد شما چیست؟ همه مواردی را که صدق می‌کنند انتخاب کنید.

- سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا  سیاه‌پوست یا آمریکایی-آفریقایی
- آسیایی:  آسیایی-هندی  بومی هاوایی و جزیره‌نشین اقیانوس آرام:  اهل جزیره گوام یا چامورو  بومی هاوایی  اهل ساموا  سایر جزیره‌نشینان اقیانوس آرام  سفیدپوست  ترجیح می‌دهم پاسخ ندهم.
- چینی  فیلیپینی  ژاپنی  کره‌ای  ویتنامی  سایر کشورهای آسیایی

انتخاب کنید آیا مایلید اطلاعات را به زبانی غیر از انگلیسی برایتان ارسال کنیم.

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

اگر مایلید اطلاعات را در قالبی با دسترسی راحت‌تر ارسال کنیم انتخاب کنید.

بریل  چاپ درشت  سی‌دی صوتی

اگر به اطلاعات در قالبی با دسترسی راحت‌تر از موارد فهرست‌شده در زیر نیاز دارید، لطفاً از طریق شماره (800) 452-4413 (TTY: 711) با خدمات مشتریان تماس بگیرید. ساعات کاری ما 8 ق.ظ الی 8 ب.ظ، هفت روز هفته هستند.

نشانی ایمیل:  شماره تلفن همراه:

با ارائه نشانی ایمیل بالا به‌طور خودکار در وضعیت دریافت مکاتبات طرح به‌صورت غیرکاغذی قرار می‌گیرید.

شما بسیاری از مکاتبات طرح را به‌صورت الکترونیکی دریافت خواهید کرد. وقتی مکاتبات جدید آنلاین وجود داشته باشند، یک ایمیل برایتان ارسال خواهیم کرد (برای مثال، توضیحات مربوط به تغییرات مزایا یا اطلاعیه سالانه). از طریق هر دستگاهی مانند کامپیوتر، تبلت یا تلفن همراه می‌توانید به این مکاتبات دسترسی پیدا کنید.

به‌جای تحویل به‌صورت غیرکاغذی، ما نسخه‌های چاپ‌شده مطالب مورد نیاز را برایتان پست خواهیم کرد. لطفاً توجه داشته باشید که ممکن است برخی بسته‌ها بسیار بزرگ باشند و در همه صندوق‌های پستی جا نشوند. در هر زمان می‌توانید نشانی پستی خویش را تغییر دهید.

آیا شاغل هستید؟  بلی  خیر آیا همسرتان شاغل است؟  بلی  خیر

پزشک مراقبت اولیه (PCP)، مرکز بالینی یا مرکز سلامت خود را نام ببرید:

نام پزشک، کلینیک یا مرکز سلامت:

شناسه پزشک، کلینیک یا مرکز سلامت:

نام گروه پزشکی، کلینیک یا مرکز سلامت:

بیمار فعلی؟  بلی  خیر

## پرداخت حق بیمه‌های طرح شما

شما می‌توانید حق بیمه طرح ماهانه را هر ماه به صورت پستی پرداخت کنید (شامل هر نوع جریمه دیرکرد که ممکن است در حال حاضر داشته باشید یا بدهی فعلی). اگر سررسید حق بیمه طرح شما در پیش باشد، یک صورت‌حساب ماهانه شامل مبلغ و تاریخ سررسید پرداختی بعدی دریافت خواهید کرد یا اینکه می‌توانید انتخاب کنید حق بیمه شما به‌طور مستقیم از مستمری تأمین اجتماعی یا صندوق بازنشستگی راه‌آهن (RRB) هر ماهه کسر شود.

برای یادگیری بیشتر درباره گزینه‌های پرداخت خود، به وبسایت [blueshieldca.com/medicarewaystopay](http://blueshieldca.com/medicarewaystopay) مراجعه کنید یا از طریق شماره تلفن (TTY: 711) 452-4413 (800) با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

کسر خودکار از مستمری ماهانه تأمین اجتماعی یا چک صندوق بازنشستگی راه‌آهن (Railroad Retirement Board، RRB).

من مزایای ماهانه دریافت می‌کنم از:  تأمین اجتماعی  RRB

(شروع کسر حق بیمه از تأمین اجتماعی/صندوق بازنشستگی راه‌آهن ممکن است دو یا چند ماه طول بکشد، اگر تأمین اجتماعی/صندوق بازنشستگی راه‌آهن درخواست شما را برای کسری خودکار بپذیرد، نخستین کسری از چک مزیت تأمین اجتماعی/صندوق بازنشستگی راه‌آهن شامل همه حق بیمه‌های سررسید شده از تاریخ فعال شدن طرح تا زمان اقدام شروع خواهد شد. چنانچه تأمین اجتماعی/صندوق بازنشستگی راه‌آهن درخواست شما را برای کسری خودکار نپذیرد، صورت‌حساب‌های کاغذی برای حق بیمه‌های ماهانه شما ارسال خواهیم کرد.)

اگر نیاز دارید مبلغ تعدیل ماهانه مربوط به درآمد بخش-D (Part D-IRMAA) را پرداخت کنید، شما باید این مبلغ اضافه‌بر حق بیمه ماهانه خویش پرداخت کنید. مبلغ معمولاً از مزایای تأمین اجتماعی کسر می‌شود یا ممکن است یک صورت‌حساب از Medicare (یا RRB) دریافت کنید. مبلغ Part D-IRMAA را به Blue Shield of California پرداخت نکنید.

اطلاعات ایجاد کننده: نام و شناسه ایجاد کننده یا NPN ضروری است.

نام موسسه:

(لطفاً نام موسسه تعیین‌شده را با حروف درشت درج کنید)

شناسه موسسه:

(لطفاً شناسه مالیات موسسه را با حروف درشت درج کنید)

نام ایجاد کننده (نماینده مکتوب کننده) (الزامی):

(لطفاً نام نماینده مکتوب کننده را با حروف درشت درج کنید)

شناسه ایجاد کننده:

(لطفاً شماره شناسه مالیاتی نماینده را با حروف درشت درج کنید)

ایجاد کننده (نماینده مکتوب کننده) NPN یا TIN (یک مورد الزامی است):

(لطفاً شماره NPN یا TIN را با حروف درشت درج کنید)

شماره تلفن ایجاد کننده:

نشانی ایمیل ایجاد کننده:

تاریخ دریافت درخواست توسط ایجاد کننده:

امضای ایجاد کننده:

با این امضا، اینجانب تصدیق می‌کنم که رهنمودهای مکاتبات و بازاریابی CMS Medicare و قوانین ثبت‌نام را مطالعه کرده و درک می‌کنم و تأیید می‌کنم ثبت‌نام‌کننده یک کیت کامل ثبت‌نام را دریافت کرده است. من موافق هستم که این ثبت‌نام ذینفع Medicare از طرف Blue Shield of California با این قوانین مطابقت دارد.

Blue Shield of California یک طرح HMO D-SNP طرف قرارداد Medicare و California State Medicaid Program است. ثبت‌نام در Blue Shield of California به تمدید قرارداد بستگی دارد.

## اظهاری نامه قانون حفظ محرمانگی

Centers for Medicare & Medicaid Services (مراکز خدمات Medicare و Medicaid یا CMS) اطلاعات را از طرح‌های Medicare گردآوری می‌کند تا به منظور رهگیری ثبت نام ذینفع در طرح‌های Medicare Advantage (MA)، بهبود مراقبت و پرداخت مزایای Medicare استفاده شوند. قسمت‌های 1851 قانون تأمین اجتماعی (Social Security Act) و 42 CFR §§ 422.50 و 422.60 اجازه گردآوری این اطلاعات را می‌دهند. CMS می‌تواند داده‌های ثبت نام ذینفعان Medicare را مطابق با شرایط مندرج در System of Records Notice (اطلاعیه سیستم سوابق، SORN)، «Medicare Advantage Prescription Drug (مزایای Medicare برای داروهای نسخه‌ای، MARx)»، سیستم شماره 09-70-0588 افشا نموده یا مبادله کند. پاسخ شما به این فرم اختیاری است. با این حال، عدم پاسخ‌گویی ممکن است بر ثبت نام شما در طرح تأثیرگذار باشد.

**به طور معمول، تنها در دوره ثبت نام سالانه 15 اکتبر تا 7 دسامبر هر سال می‌توانید در طرح Medicare Advantage ثبت نام کنید.** در برخی موارد استثنائی ممکن است اجازه داده شود خارج از این بازه نیز برای طرح Medicare Advantage ثبت نام کنید.

لطفاً اظهارات زیر را به دقت مطالعه کنید و در صورتی که درباره شما صدق می‌کنند، کادر مربوطه را علامت بزنید. با علامت زدن هر کدام از کادرهای زیر شما تصدیق می‌کنید تا جایی که اطلاع دارید، واجد شرایط یک دوره ثبت نام هستید. اگر متعاقباً پی ببریم که این اطلاعات اشتباه بوده‌اند، می‌توانیم ثبت نام شما را ملغی کنیم.

- من تازه عضو Medicare شدم.
- من در یک طرح Medicare Advantage (مزایای ترجیحی Medicare) ثبت نام کرده‌ام و قصد دارم در دوره ثبت نام آزاد مزایای Medicare (Medicare Advantage Open Enrollment Period، MA OEP) تغییراتی انجام دهم.
- اخیراً به خارج از منطقه سرویس‌دهی طرح فعلی خود نقل مکان کرده‌ام یا اخیراً نقل مکان کرده‌ام و این طرح گزینه جدیدی برایم محسوب می‌شود. من در تاریخ (تاریخ را در قالب سال/روز/ماه درج کنید) نقل مکان کردم.  
\_\_\_\_\_
- اخیراً از حبس آزاد شده‌ام. در تاریخ (تاریخ را در قالب سال/روز/ماه درج کنید) از حبس آزاد شدم.  
\_\_\_\_\_
- اخیراً پس از زندگی طولانی مدت در خارج از ایالات متحده به ایالات متحده بازگشتم. من در تاریخ (تاریخ را در قالب سال/روز/ماه درج کنید) به ایالات متحده بازگشتم.  
\_\_\_\_\_
- اخیراً اجازه اقامت قانونی در ایالات متحده کسب کرده‌ام. من این اجازه را در تاریخ (تاریخ را در قالب سال/روز/ماه درج کنید) کسب کردم.  
\_\_\_\_\_
- اخیراً پوشش Medicaid من تغییر یافته است (جدیداً Medicaid دریافت کردم، میزان کمک‌های Medicaid من تغییر یافته است یا دیگر خدمات Medicaid را دریافت نمی‌کنم) که به تاریخ (تاریخ را در قالب سال/روز/ماه درج کنید) مربوط می‌شود.  
\_\_\_\_\_
- اخیراً پرداختی مساعده بیشتر من برای پوشش داروهای نسخه‌ای Medicare تغییر یافته است (جدیداً مساعده بیشتر دریافت کردم، میزان مساعده بیشتر من تغییر یافته است یا دیگر مساعده بیشتر دریافت نمی‌کنم) که به تاریخ (تاریخ را در قالب سال/روز/ماه درج کنید) مربوط می‌شود.  
\_\_\_\_\_
- من عضو هر دو طرح Medicare و Medicaid هستم (یا دولت کمک می‌کند حق بیمه‌های Medicare خود را پرداخت کنم) یا می‌توانم مساعده بیشتر (Extra Help) برای پرداخت هزینه پوشش بیمه داروهای نسخه‌ای Medicare دریافت کنم، اما تغییری نداشته‌ام.
- من در حال انتقال به، در حال زندگی در یک مرکز نگهداری بلندمدت هستم یا به تازگی آن را ترک کرده‌ام (برای مثال، خانه سالمندان یا مرکز مراقبت بلندمدت). من به/از یک مرکز نگهداری در تاریخ (تاریخ را در قالب سال/روز/ماه درج کنید) نقل مکان کرده‌ام/خواهم کرد.  
\_\_\_\_\_

- من اخیراً در تاریخ (تاریخ را در قالب سال/روز/ماه درج کنید) یک برنامه PACE را ترک کردم  
\_\_\_\_\_
- اخیراً بدون اختیار خویش پوشش داروهای نسخه‌ای معتبر خویش را از دست داده‌ام (پوشش بیمه‌ای به خوبی Medicare). من در تاریخ (تاریخ را در قالب سال/روز/ماه درج کنید) پوشش بیمه داروهای خود را از دست دادم  
\_\_\_\_\_
- من در تاریخ (تاریخ را در قالب سال/روز/ماه درج کنید) از پوشش بیمه کارفرما یا اتحادیه خارج می‌شوم  
\_\_\_\_\_
- من عضو یک برنامه کمک‌هزینه داروخانه (pharmacy assistance program) ارائه شده توسط ایالت خود هستم.
- طرح من به قرارداد خود با Medicare پایان می‌دهد یا Medicare همکاری با طرح من را خاتمه می‌دهد.
- من توسط Medicare (یا ایالت) در یک طرح ثبت‌نام شده‌ام و می‌خواهم یک طرح دیگر انتخاب کنم. ثبت‌نام من در این طرح از (تاریخ را در قالب سال/روز/ماه درج کنید) شروع شده است  
\_\_\_\_\_
- من در طرح نیازهای ویژه (SNP، Special Needs Plan) ثبت‌نام شده‌ام اما معیارهای واجدشرایطی نیازهای ویژه برای عضویت در طرح را از دست داده‌ام. ثبت‌نام من در SNP در (تاریخ را در قالب سال/روز/ماه درج کنید) ملغی شده است  
\_\_\_\_\_
- من یک حادثه اضطراری یا بلایای طبیعی بزرگ (مطابق با اعلام موسسه مدیریت شرایط اضطراری فدرال (FEMA، Federal Emergency Management Agency)، یا یک نهاد فدرال، ایالتی یا دولت محلی را تجربه کردم. یکی دیگر از اظهارنامه‌های ذکر شده در اینجا برای من صدق می‌کرد، اما من نتوانستم به دلیل حادثه/بلایای طبیعی مذکور درخواست ثبت‌نام بدهم).
- من دوره انتخاب اولیه (IEP، Initial Election Period) را از دست دادم
- من دوره ثبت‌نام سالانه (AEP، Annual Enrollment Period) را از دست دادم
- من عضو طرحی هستم که به‌تازگی به دلیل مشکلات مالی توسط ایالت یا مقامات قانونی منطقه‌ای ضبط شده است. من می‌خواهم به طرح دیگری منتقل شوم.
- من عضو طرحی هستم که دارای رتبه‌بندی کمتر از 3 ستاره در 3 سال اخیر بوده است. من به طرحی پیوسته‌ام که دارای رتبه‌بندی 3 ستاره یا بالاتر است.
- من تازه عضو Medicare شدم و واجد شرایط شدن من برای Medicare با توجه به سوابق بود به‌نحوی که پس از تاریخ اجرایی شدن Part A و/یا Part B به من اطلاع داده شد.
- چنانچه هیچ‌کدام از این موارد در مورد شما صدق نمی‌کند یا مطمئن نیستید، لطفاً موضوع را از طریق شماره **(888) 534-4263 (TTY: 711)** با Blue Shield of California در میان بگذارید یا به نماینده مجاز اطلاع دهید تا بررسی کند آیا واجد شرایط ثبت‌نام هستید یا خیر. ما از ساعت 8 ق.ظ الی 8 ب.ظ هفت روز هفته از 1 اکتبر تا 31 مارس و از ساعت 8 ق.ظ الی 8 ب.ظ، روزهای دوشنبه تا جمعه از 1 آوریل تا 30 سپتامبر پاسخ‌گو هستیم.