



## Blue Shield of California Medicare Advantage պլանից դուրս գալու ձև

Եթե դուք պլանից դուրս գալու հայց եք ներկայացնում, ապա շարունակելու եք Blue Shield Medicare Advantage Plan-ից ձեզ հասանելի ամբողջ բուժօգնությունը ստանալ մինչև պլանից դուրս գալու ամսաթիվը: Կապ հաստատեք մեզ հետ՝ ճշտելու համար պլանից դուրս գալու ամսաթիվը՝ նախքան Blue Shield Medicare Advantage Plan-ի ցանցից դուրս բուժօժանայություններ փնտրելը: Մենք ձեզ կտեղեկացնենք, թե երբ է ուժի մեջ մտնում պլանից դուրս գալը, երբ մեզ ներկայացնեք այս ձևը:

Անդամի համարը

Ազգանուն	Անուն	Հայրանվան սկզբնատառը
Ծննդյան ամսաթիվ (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)		Սեռ <input type="checkbox"/> Արական <input type="checkbox"/> Իգական

Տան հեռախոսահամարը՝

### Ուշադիր կարդացեք և լրացրեք հետևյալ տեղեկատվությունը՝ նախքան պլանից դուրս գալու այս ձևը ստորագրելը և ամսաթիվը նշելը՝

Եթե ես գրանցված եմ Medicare Advantage-ի կամ Medicare-ի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի մեկ այլ պլանում, ապա հասկանում եմ, որ Medicare-ը չեղարկելու է իմ ներկայիս անդամակցությունը Blue Shield Medicare Advantage Plan՝ նոր պլանում գրանցվելու ուժի մեջ մտնելու օրվանից: Ես հասկանում եմ, որ այս պահին հնարավոր է՝ չկարողանամ գրանցվել մեկ այլ պլանում: Ես նաև հասկանում եմ, որ եթե հրաժարվեմ Medicare-ի իմ դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ապահովագրական ծածկույթից և հետագայում ցանկանամ նորից օգտվել Medicare-ի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ապահովագրական ծածկույթից, կարող եմ ավելի բարձր ապահովագրավճար վճարել այդ ապահովագրական ծածկույթի համար:

Ձեր ստորագրությունը*	Այսօրվա ամսաթիվը (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)
----------------------	-------------------------------

\*Կամ այն անձի ստորագրությունը, ով լիազորված է հանդես գալու ձեր անունից՝ ձեր նահանգի օրենսդրության համաձայն: Եթե ստորագրվում է լիազորված անձի կողմից (ինչպես նկարագրված է վերևում), ապա այս ստորագրությունը հավաստում է, որ՝

- 1) Տվյալ անձը լիազորված է նահանգային օրենսդրության համաձայն լրացնել պլանից դուրս գալու այս ձևը և
- 2) Լիազորման փաստաթղթերը հասանելի են Blue Shield Medicare Advantage Plan-ի կամ Medicare-ի պահանջով:

### Եթե դուք լիազորված ներկայացուցիչ եք, ապա պետք է տրամադրեք հետևյալ տեղեկությունները՝

Ազգանուն	Անուն	Հայրանվան սկզբնատառը
Փողոցի հասցեն		

Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքս
--------	---------	-----------------

Հեռախոսահամար

Ծրագրի մասնակցի հետ կապը

**Սովորաբար, դուք կարող եք դուրս գալ Medicare Advantage պլանից միայն ամեն տարվա հոկտեմբերի 15-ից մինչև դեկտեմբերի 7-ն ընկած ամենամյա գրանցման ժամանակահատվածում կամ Medicare Advantage-ի բաց գրանցման ժամանակաշրջանում՝ ամեն տարվա հունվարի 1-ից մինչև մարտի 31-ը:** Կան բացառություններ, որոնք թույլ կտան ձեզ դուրս գալ Medicare Advantage պլանից ոչ այս ժամանակահատվածում:

Ուշադիր կարդացեք հետևյալ հայտարարությունները և նշեք վանդակը, եթե հայտարարությունը վերաբերում է ձեզ: Նշելով հետևյալ վանդակներից որևէ մեկը՝ դուք հաստատում եք, որ որքանով ձեզ հայտնի է, դուք իրավունակ եք ընտրական ժամանակահատվածի համար:

- Վերջերս իմ Medicaid պլանում ինձ վերաբերող փոփոխություն է տեղի ունեցել (Medicaid-ի նոր պլան, Medicaid-ի աջակցության մակարդակի փոփոխություն կամ Medicaid պլանի դադարեցում) (մուտքագրել ամսաթիվը) (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ):

---

- Վերջերս ինձ վերաբերող փոփոխություն է տեղի ունեցել Extra Help-ից (Լրացուցիչ օգնությունից) ծրագրով Medicare-ի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ապահովագրական ծածկույթի վճարի հետ կապված (Extra Help նոր ծրագիր, Extra Help մակարդակի փոփոխություն, Extra Help ծրագրի դադարեցում) (մուտքագրել ամսաթիվը) (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ):

---

- Ես գրանցված եմ և՛ Medicare, և՛ Medicaid պլաններում (կամ իմ նահանգն է օգնում վճարել Medicare պլանի իմ ապահովագրավճարները) կամ ես ստանում եմ Extra Help՝ վճարելու համար Medicare-ի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ապահովագրության համար, սակայն ինձ վերաբերող փոփոխություն տեղի չի ունեցել:
- Ես պատրաստվում եմ տեղափոխվել երկարատև ինամքի հաստատություն (օրինակ՝ ծերանոց կամ երկարատև ինամքի հաստատություն), ապրում եմ այնտեղ կամ վերջերս եմ դուրս եկել այնտեղից: Ես հաստատություն եմ տեղափոխվել/հետագայում տեղափոխվելու եմ / հաստատությունից դուրս եմ գալու (մուտքագրել ամսաթիվը) (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ):

---

- Ես միանում Program for All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, Ծերերի համապարփակ ինամքի ծրագիր) ծրագրին (մուտքագրել ամսաթիվը) (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ):

---

- Ես միանում եմ գործատուի կամ արհմիության ապահովագրական ծածկույթին (մուտքագրել ամսաթիվը) (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ):

---

- Ես գրանցվել եմ պլանում Medicare-ի կողմից (կամ իմ նահանգի կողմից) և ցանկանում եմ ուրիշ պլան ընտրել: Այդ պլանում իմ գրանցման ամսաթիվը (մուտքագրել ամսաթիվը) (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ):

Եթե այս հայտարարություններից ոչ մեկը ձեզ չի վերաբերում, կամ վստահ չեք, կապ հաստատեք Blue Shield of California-ի Medicare Advantage Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոնի հետ՝ **(800) 776-4466 (TTY՝ 711)** պարզելու համար՝ արդյո՞ք կարող եմ պլանից դուրս գալ: D-SNP պլաններում գրանցված անդամները պետք է դիմեն Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն հետևյալ հեռախոսահամարով՝ **(800) 452-4413 (TTY՝ 711)**: Մենք հասանելի ենք 8:00-ից մինչև 20:00-ն, շաբաթը յոթ օր:

Ձեր կողմից լրացված և ստորագրված ձևը Էլիփոստով, փոստով կամ ֆաքսով ուղարկեք հետևյալ հասցեին՝

**Էլիփոստի հասցե՝** WHMembership@blueshieldca.com

**Փոստ՝** Blue Shield of California  
PO Box 948  
Woodland Hills, CA 91365-9856

**Ֆաքս՝** (877) 251-3660