



Blue Shield of California Medicare Advantage-ի պլանը փոխելու ձև

Ընթացիկ Blue Shield of California Medicare Advantage պլանի անդամները կարող են օգտագործել գրանցման այս հակիրճ ձևը՝ գրանցվելու համար Medicare Advantage պլանում, որն առաջարկվում է Blue Shield of California-ի կողմից:

Գրանցման լրացված ձևն ուղարկեք ֆաքսով կամ Էլփոստով՝ հետևյալ հասցեով՝
Ֆաքսով՝ (877) 251-3660

Էլփոստով՝ Blue Shield of California, P.O. Box 948, Woodland Hills, CA 91365-9856

Ներկայումս ես _____ պլանի անդամ եմ _____
ամսական \$ _____ ապահովագրավճարով:

Ընտրեք պլանը, որին ցանկանում եք միանալ՝

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Los Angeles/San Diego վարչաշրջաններ
(\$0 ամսական)

Ես հասկանում եմ, որ այս պլանն ունի տարբեր առողջապահական նպաստներ, և կարող է նախատեսված լինել ամսական ապահովագրավճար, ինչպես նշված է վերևում:

Անդամի համարը՝

Ազգանուն՝	Անուն՝	Հայրանվան սկզբնատառը (ըստ ցանկության)՝
-----------	--------	---

Հեռախոսահամար՝ _____ Հեռախոսի տեսակը՝ Քաղաքային Բջջային

Մշտական բնակության փոդոցի հասցեն (Մի մուտքագրեք արևմտային փոստարկղի հասցեն: Նշում. Անօթևան անձանց համար արևմտային փոստարկղի հասցեն կարող է համարվել մշտական բնակության հասցե)՝

Փողոցի հասցե՝ _____
Քաղաք՝ _____ Նահանգ՝ _____ Փոստային ինդեքս՝ _____

Փոստային հասցե, եթե տարբերվում է ձեր մշտական հասցեից (Թույլատրվում է փոստարկղ)՝

Փողոցի հասցե՝ _____
Քաղաք՝ _____ Նահանգ՝ _____ Փոստային ինդեքս՝ _____

Ընտրված առաջնային խնամքի բժշկի անունը (PCP) կամ կլինիկան (միայն HMO)՝

Բաժին 2 – Այս բաժնի բոլոր դաշտերը լրացվում են ըստ ցանկության

Դուք եք որոշում այս հարցերին պատասխանել, թե ոչ: Ձեզ չեն կարող մերժել ապահովագրության տրամադրումը, եթե այս բաժնի հարցերին չպատասխանեք:

Արդյո՞ք ծագումով դուք իսպանախոս եք, լատինաամերիկացի, կամ իսպանացի: Ընտրեք բոլոր կիրառելի տարբերակները:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ոչ, ես ծագումով իսպանախոս, լատինաամերիկացի կամ իսպանացի չեմ | <input type="checkbox"/> Այո, մեքսիկացի, մեքսիկացի ամերիկացի, չիկանո եմ |
| <input type="checkbox"/> Այո, պուերտոռիկացի եմ | <input type="checkbox"/> Այո, կուբացի եմ |
| <input type="checkbox"/> Այո, ծագումով այլ իսպանախոս երկրից եմ, լատինաամերիկացի եմ կամ իսպանացի | <input type="checkbox"/> Նախընտրում եմ չպատասխանել: |

Նշեք ձեր ռասայական պատկանելությունը: Ընտրեք բոլոր կիրառելի տարբերակները:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ամերիկյան հնդկացի կամ Ալյասկայի բնիկ Ասիացի | <input type="checkbox"/> Սևամորթ կամ աֆրոամերիկացի Հավայան և Խաղաղօվկիանոսյան կղզիների բնիկ |
| <input type="checkbox"/> Ասիացի հնդիկ | <input type="checkbox"/> Գուամանցի կամ չամորոցի |
| <input type="checkbox"/> Չինացի | <input type="checkbox"/> Հավայան կղզիների բնիկ |
| <input type="checkbox"/> Ֆիլիպինցի | <input type="checkbox"/> Սամոացի |
| <input type="checkbox"/> Ճապոնացի | <input type="checkbox"/> Խաղաղօվկիանոսյան կղզիների այլ բնիկ |
| <input type="checkbox"/> Կորեացի | <input type="checkbox"/> Սպիտակամորթ |
| <input type="checkbox"/> Վիետնամցի | <input type="checkbox"/> Նախընտրում եմ չպատասխանել: |
| <input type="checkbox"/> Այլ ասիացի | |

Նշեք ձեր գենդերային պատկանելիությունը:

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Կին | <input type="checkbox"/> Ես այլ տերմին եմ օգտագործում _____ |
| <input type="checkbox"/> Տղամարդ | <input type="checkbox"/> Նախընտրում եմ չպատասխանել: |
| <input type="checkbox"/> Ոչ բիևար | |

Այս տարբերակներից ո՞րն է լավագույնս նկարագրում, թե ինչ պատկերացում ունեք ձեր մասին (ընտրեք մեկը)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Լեւերուհի կամ գեյ | <input type="checkbox"/> Ես այլ տերմին եմ օգտագործում _____ |
| <input type="checkbox"/> Հետերոսեքսուալ (ոչ լեւերուհի կամ գեյ) | <input type="checkbox"/> Չգիտեմ |
| <input type="checkbox"/> Բիսեքսուալ | <input type="checkbox"/> Նախընտրում եմ չպատասխանել: |

Նշեք, թե անգլերենից բացի որ լեզվով եք ցանկանում տեղեկատվական նյութեր ստանալ մեզից: Իսպաներեն

Նշեք, թե ձեզ մատչելի ինչ ձևաչափով եք ցանկանում տեղեկատվական նյութեր ստանալ մեզից: Բրայլյան գրատեսակով Խոշոր տպատառ Աուդիո դիսկով Կոմպակտ դիսկով
Դիմեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ **(800) 452-4413 (TTY՝ 711)** հեռախոսահամարով, եթե ցանկանում եք տեղեկատվական նյութերը ստանալ ձեզ մատչելի այլ ձևաչափով, որը նշված չէ վերևում: Մեր աշխատանքային ժամերն են 8:00-ից մինչև 20:00, շաբաթը յոթ օր:

Էլփոստի հասցե՝

Բջջային հեռախոսահամար՝

Վերևում նշելով ձեր Էլփոստի հասցեն՝ դուք ավտոմատ կերպով մեր պլանի կողմից կստանաք ոչ թղթային տարբերակով առաքվող ծանուցումներ:

Պլանի վերաբերյալ շատ ծանուցումներ դուք կստանաք Էլեկտրոնային եղանակով: Մենք ձեզ Էլեկտրոնային նամակ կուղարկենք՝ առցանց հասանելի նորություններ ունենալու դեպքում (օրինակ՝ Նպաստների բացատրությունը կամ Փոփոխությունների տարեկան ծանուցումը): Դուք կարող եք կարդալ այս ծանուցումները ցանկացած սարքով՝ համակարգչով, պլանշետով կամ շարժական հեռախոսով:

- Ոչ թղթային տարբերակով նյութերի ուղարկման փոխարեն մենք կարող ենք ձեզ փոստով առաքել պահանջվող նյութերի տպագիր օրինակները: Նկատի ունեցեք, որ որոշ ծանուցումներ կարող են շատ մեծ լինել և ոչ բոլոր փոստարկղերում տեղավորվել: Դուք ցանկացած պահի կարող եք փոխել, թե ինչ տարբերակով եք ցանկանում ստանալ ծանուցումները:

Ձեր պլանի ապահովագրավճարը

Դուք կարող եք ամեն ամիս փոստով վճարել ձեր պլանի ամսական ապահովագրավճարը (այդ թվում՝ ուշ գրանցման հետ կապված ցանկացած տույժ, որը ներկայումս ունեք կամ կարող եք ունենալ): Եթե ձեր պլանի համար նախատեսված է ապահովագրավճար, դուք կստանաք ամսական հաշիվ, ինչպես նաև ձեզ կտեղեկացվի, թե որքան և երբ պետք է վճարեք հաջորդ անգամ: Դուք կարող եք վճարել ձեր ապահովագրավճարը՝ այն ավտոմատ կերպով հանելով ձեր սոցիալական ապահովության կամ Railroad Retirement Board-ի (RRB, երկաթուղայինների կենսաթոշակային ֆոնդ) հաշվից ամեն ամիս:

Վճարման տարբերակների մասին ավելի իմանալու համար այցելեք blueshieldca.com/medicarewaystopay կամ զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ (800) 452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով:

Գումարի ավտոմատ դուրսհանում ձեր սոցիալական ապահովության կամ Railroad Retirement Board-ի (RRB) ամսական նպաստի հաշվից:

Ես ամսական նպաստներ եմ ստանում այստեղից՝ Սոցիալական ապահովություն RRB

(Սոցիալական ապահովության/Railroad Retirement Board-ից գումարի հանումը կարող է տևել երկու կամ ավելի ամիս: Շատ դեպքերում, եթե սոցիալական ապահովության/Railroad Retirement Board խորհուրդը ընդունում է գումարի ավտոմատ դուրսհանման ձեր հայցը, ապա առաջին անգամ ձեր սոցիալական ապահովության/Railroad Retirement Board-ի նպաստից հանված գումարի մեջ կներառվեն այն բոլոր ապահովագրավճարները, որոնք պետք է վճարվեն ձեր գրանցման ուժի մեջ մտնելու օրվանից մինչև պահումների սկիզբը: Եթե սոցիալական ապահովության/Railroad Retirement Board խորհուրդը չհաստատի գումարի ավտոմատ դուրսհանման ձեր հայցը, մենք ձեզ կուղարկենք ձեր ամսական ապահովագրավճարների հաշիվը թղթային տարբերակով):

Եթե դուք D բաժնի ապահովագրության համար պետք է վճարեք եկամտի հետ կապված ամսական փոփոխական գումար, ապա ծանուցում կստանաք Սոցիալական ապահովության վարչության կողմից: Ի լրումն պլանի ապահովագրավճարների, դուք պետք է վճարեք նաև այդ հավելյալ գումարը: Գումարը սովորաբար պահվում է ձեր սոցիալական ապահովության նպաստից, կամ դուք կարող եք հաշիվ ստանալ անմիջապես Medicare-ից կամ Railroad Retirement Board-ից: ՄԻ՝ վճարեք Blue Shield of California-ին D-IRMAA բաժնի համար:

Սահմանափակ եկամուտներ ունեցող անձինք կարող են իրավունք ունենալ օգտվելու Extra Help (Լրացուցիչ օգնություն) ծրագրից՝ վճարելու համար իրենց դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ծախսերը: Եթե համապատասխանում եք այս չափանիշներին, Medicare-ը կարող է վճարել ձեր դեղերի ծախսերը, այդ թվում՝ ամսական դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ապահովագրավճարները, տարեկան չհատուցվող գումարը և համաապահովագրության գումարը: Բացի այդ, նրանք, ովքեր համապատասխանում են այս չափանիշներին, չեն ունենա ուշ գրանցման հետ կապված տույժ: Շատ մարդիկ համապատասխանում են այս ինսայդություններն անելու չափանիշներին և նույնիսկ չգիտեն այդ մասին: Extra Help-ի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար դիմեք տեղի Սոցիալական ապահովության գրասենյակ կամ զանգահարեք Սոցիալական ապահովություն՝ (800) 772-1213 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն (800) 325-0778: Extra Help-ի համար կարող եք դիմել նաև առցանց՝ www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help:

Եթե դուք իրավունակ եք օգտվելու Extra Help ծրագրից՝ Medicare-ի դեղատոմսով դեղերի փոխհատուցման ծախսերի հետ կապված, Medicare-ը կվճարի ձեր պլանի ամբողջ ապահովագրավճարը կամ դրա մի մասը այս նպաստի շրջանակներում: Եթե Medicare-ը վճարում է այս ապահովագրավճարի միայն մի մասը, մենք ձեզ հաշիվ կուղարկենք այն գումարի համար, որը Medicare-ը չի փոխհատուցում:

Խնդրում ենք կարդալ և ստորագրել ստորև

Blue Shield of California պլանը պայմանագիր է կնքել դաշնային կառավարության հետ:

Ես հասկանում եմ, որ եթե օգնություն եմ ստանում վաճառքի գործակալի, բրոքերի կամ այլ անձի կողմից, որն աշխատում է կամ պայմանագիր ունի Blue Shield TotalDual Plan-ի հետ, նա կարող է վճարվել Blue Shield TotalDual Plan-ում իմ գրանցման հիման վրա:

Տվյալների փոխանցում. Միանալով Medicare-ի այս առողջապահական պլանին, ես ընդունում եմ, որ Medicare-ի առողջապահական պլանը կարող է փոխանցել իմ տվյալները Medicare-ին և այլ պլանների, որոնց դրանք անհրաժեշտ են բուժման, վճարման և բուժխնամքի հետ կապված որոշումների համար: Ես ընդունում եմ նաև, որ Blue Shield TotalDual Plan-ը կարող է փոխանցել իմ տվյալները, այդ թվում՝ դեղատոմսով դուրս գրվող իմ դեղերի մասին տեղեկությունները, Medicare-ին, որը կարող է դրանք տրամադրել հետազոտության և այլ նպատակների համար, որոնք համապատասխանում են դաշնային բոլոր գործող օրենքներին և կանոնակարգերին: Սույն գրանցման ձևում ներկայացված տեղեկատվությունը ճիշտ է, որքան ինձ հայտնի է: Ես հասկանում եմ, որ եթե դիտավորյալ կեղծ տեղեկատվություն տրամադրեմ սույն ձևում, ես կհեռացվեմ պլանից: Ես հասկանում եմ, որ Medicare-ում գրանցված անձանց վրա չի տարածվում Medicare-ի ապահովագրական ծածկույթը, եթե նրանք գտնվում են երկրի սահմաններից դուրս, բացառությամբ ԱՄՆ սահմանամերձ որոշ շրջանների:

Ես հասկանում եմ, որ սկսած այն ամսաթվից, երբ սկսվում է Blue Shield TotalDual Plan-ի ապահովագրական ծածկույթը, ես պետք է ստանամ իմ բուժխնամքը Blue Shield TotalDual Plan-ից, բացառությամբ շտապ օգնության, հրատապ անհրաժեշտության կամ սպասարկման տարածքից դուրս դիալիզի ծառայություններից: Blue Shield TotalDual Plan-ի կողմից լիազորված ծառայությունները և Blue Shield TotalDual Plan-ի *Evidence of Coverage*-ում (EOC, Ապահովագիր) (որը հայտնի է նաև որպես անդամի պայմանագիր կամ բաժանորդի համաձայնագիր) ներառված ծառայությունները կփոխհատուցվեն: Առանց լիազորման **Ո՞՞ MEDICARE-Ը, Ո՞՞ Է՛Լ BLUE SHIELD TOTALDUAL PLAN-Ը ՉԵՆ ՎՃԱՐԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ:**

Ես հասկանում եմ, որ ղնելով իմ ստորագրությունը (կամ իմ անունից գործելու օրինական լիազորություն ունեցող անձի ստորագրությունը) ես հաստատում եմ, որ կարդացել և հասկանում եմ այս դիմումի բովանդակությունը: Եթե դիմումը ստորագրված է լիազոր ներկայացուցչի կողմից (ինչպես նկարագրված է վերևում), դա նշանակում է, որ 1) Այդ անձը լիազորված է նահանգային օրենսդրության համաձայն՝ լրացնելու գրանցման այս ձևը, և 2) Լիազորման փաստաթղթերը պետք է ներկայացվեն Medicare-ի պահանջով:

Ստորագրություն՝	Այսօրվա ամսաթիվը (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)՝
------------------------	---------------------------------------

Եթե լիազորված ներկայացուցիչ եք, պետք է ստորագրեք Նախորդ Էջում և տրամադրեք հետևյալ տեղեկությունները.
Անուն՝ _____

Հասցե՝ _____

Քաղաք՝ _____

Նահանգ՝ _____

Փոստային ինդեքս՝ _____

Հեռախոսահամար՝ _____

Գրանցվողի հետ կապը՝ _____

Այն անձանց համար, ովքեր միայն օգնում են գրանցվողին լրացնել այս ձևը

Լրացրեք այս բաժինը, եթե դուք հանդիսանում եք անձ (օրինակ՝ State Health Insurance Program (SHIP, Բուժապահովագրության աջակցության նահանգային ծրագրի) խորհրդատու, ընտանիքի անդամ կամ այլ երրորդ կողմ), որ օգնում է անդամին լրացնել այս ձևը:

Անուն՝ _____ Գրանցվողի հետ կապը՝ _____
Ստորագրություն՝ _____ SHIP խորհրդատու Լիազորված ներկայացուցիչ
 Այլ (երրորդ կողմ) Անձամբ

Օգնողի/գրող գործակալի մասին տեղեկություններ.

*աստղանիշով նշված են պարտադիր լրացվող դաշտերը

Նշանակված գործակալության անվանումը՝ _____
(տպատառ նշեք նշանակված գործակալության անվանումը)

Նշանակված գործակալության հարկային ID*՝ _____
(տպատառ նշեք նշանակված գործակալության հարկային ID-ն)

Օգնողի/գրող գործակալի անունը*՝ _____
(տպատառ նշեք օգնողի/գրող գործակալի անունը)

Օգնողի/գրող գործակալի անունը անհատական NPN*՝ _____
(տպատառ նշեք օգնողի/գրող գործակալի անհատական NPN-ն)

Օգնողի/գրող գործակալի հեռախոսահամարը՝ _____

Օգնողի/գրող գործակալի Էլփոստի հասցեն՝ _____

Օգնողի/գրող գործակալի կողմից դիմումի ստացման ամսաթիվը (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)՝ _____

Օգնողի/գրող գործակալի ստորագրությունը՝ _____

Իմ ստորագրությամբ ես սույնով հավաստում եմ, որ կարդացել և հասկացել եմ CMS Medicare-ի հաղորդակցության և շուկայավարման ուղեցույցները և գրանցման կանոնները և հաստատում եմ, որ գրանցված անդամը ստացել է գրանցման հետ կապված ամբողջ տեղեկատվությունը: Ես հաստատում եմ, որ Medicare-ի շահառուի գրանցումը Blue Shield of California-ի անունից համապատասխանում է այս կանոններին:

Blue Shield of California-ն HMO D-SNP պլան է, որտեղ գործում են Medicare-ի և California State Medicaid Program-ի հետ կնքած պայմանագրերը: Blue Shield of California պլանում գրանցումը կախված է պայմանագրի երկարաձգումից: