



Form sa Pagbabago ng Plano ng Blue Shield of California Medicare Advantage

Puwedeng gamitin ng mga kasalukuyang miyembro ng Planong Medicare Advantage ng Blue Shield of California ang maikling form ng pagpapatalang ito para magpatala sa Planong Medicare Advantage na iniaalok ng Blue Shield of California.

Mangyaring i-fax o i-email ang iyong nasagutang form ng pagpapatala sa:

Fax: (877) 251-3660

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

Kasalukuyan akong miyembro ng planong _____ sa _____ na may buwanang premium na \$ _____.

Piliin ang planong gusto mong salihan:

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Los Angeles/San Diego County
(\$0 bawat buwan)

Nauunawaan kong ang planong ito ay may ibang benepisyo sa kalusugan at posibleng mayroong buwanang premium, gaya ng nakasaad sa itaas.

Numero ng miyembro:

| | | |
|------------------|------------------------|------------------------------------|
| Apelyido: | Unang pangalan: | Gitnang inisyal (opsyonal): |
|------------------|------------------------|------------------------------------|

| | |
|----------------------------|---|
| Numero ng telepono: | Uri ng telepono: <input type="checkbox"/> Landline <input type="checkbox"/> Mobile |
|----------------------------|---|

Permanenteng street address (Huwag maglagay ng P.O. Box. Tandaan: Para sa mga indibidwal na nakakaranas ng kawalan ng tirahan, ang P.O. Box ay puwedeng ituring na iyong permanenteng address ng tirahan.):

Street address: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ ZIP code: _____

Mailing Address, kung naiiba sa iyong permanenteng address (pinapayagan ang P.O. Box):

Street address: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ ZIP code: _____

Pangalan ng piniling doktor ng pangunahing pangangalaga (PCP) o klinika (HMO lang):

Seksyon 2 - Opsyonal ang lahat ng patlang sa seksyong ito

Kusang-loob mong sasagutin ang mga tanong na ito. Hindi ka puwedeng tanggihan ng saklaw dahil hindi mo sinagutan ang mga ito.

Ikaw ba ay Hispanic, Latino/a, o Spanish ang pinagmulan? Piliin ang lahat ng nalalapat.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hindi, hindi Hispanic, Latino/a, o Spanish ang pinagmulan | <input type="checkbox"/> Oo, Mexican, Mexican American, Chicano/a |
| <input type="checkbox"/> Oo, Puerto Rican | <input type="checkbox"/> Oo, Cuban |
| <input type="checkbox"/> Oo, ibang Hispanic, Latino/a, o Spanish ang pinagmulan | <input type="checkbox"/> Pinipili kong huwag sagutin ito. |

Ano ang lahi mo? Piliin ang lahat ng nalalapat.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> American Indian o Alaska Native | <input type="checkbox"/> Black o African American |
| Asian: | Native Hawaiian at Pacific Islander: |
| <input type="checkbox"/> Asian Indian | <input type="checkbox"/> Guamanian o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Chinese | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Samoan |
| <input type="checkbox"/> Japanese | <input type="checkbox"/> Iba Pang Pacific Islander |
| <input type="checkbox"/> Korean | <input type="checkbox"/> Puti |
| <input type="checkbox"/> Vietnamese | <input type="checkbox"/> Pinipili kong huwag sagutin ito. |
| <input type="checkbox"/> Iba Pang Asian | |

Ano ang iyong kasarian?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Babae | <input type="checkbox"/> Ibang termino ang ginagamit ko: _____ |
| <input type="checkbox"/> Lalaki | <input type="checkbox"/> Pinipili kong huwag sagutin ito |
| <input type="checkbox"/> Non-binary | |

Alin sa mga sumusunod ang pinakamahusay na kumakatawan sa kung ano ang pagkilala mo sa iyong sarili? (pumili ng isa)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lesbiyana o bakla | <input type="checkbox"/> Ibang termino ang ginagamit ko: _____ |
| <input type="checkbox"/> Straight, ibig sabihin, hindi bakla o lesbiyana | <input type="checkbox"/> Hindi ko alam |
| <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> Pinipili kong huwag sagutin ito |

Pumili ng isa kung gusto mong padalhan ka namin ng impormasyon sa wikang bukod sa English.

- Spanish

Pumili ng isa kung gusto mong padalhan ka namin ng impormasyon sa naa-access na format.

- Braille Malalaking titik Audio CD Data CD

Mangyaring makipag-ugnayan sa Serbisyo sa Customer sa **(800) 452-4413 (TTY: 711)** kung kailangan mo ng impormasyon sa ibang naa-access na format na bukod sa nakalista sa itaas. Ang aming mga oras ng opisina ay 8 a.m. hanggang 8 p.m., pitong araw sa isang linggo.

Email address:

Numero ng mobile na telepono:

Kapag ibinigay mo ang iyong email address sa itaas, awtomatiko ka nang maitatala sa paperless na paghahatid para sa ilan sa iyong mga komunikasyon sa plano.

Elektroniko mong makukuha ang karamihan sa iyong mga kinakailangang komunikasyon sa plano. Padadalhan ka namin ng email kapag makukuha na online ang mga bagong komunikasyon (halimbawa: Paliwanag ng Mga Benepisyo o Taunang Abiso ng Mga Pagbabago). Maa-access mo ang mga komunikasyong ito sa pamamagitan ng anumang device gaya ng computer, tablet, o mobile na telepono.

Sa halip na paperless na paghahatid, ime-mail namin sa iyo ang mga pisikal na kopya ng mga kinakailangang materyales. Mangyaring tandaang napakalaki ng ilang komunikasyon at posibleng hindi magkasya ang mga ito sa lahat ng mailbox. Puwede mong baguhin ang iyong kagustuhan para sa paghahatid anumang oras.

Ang premium ng iyong plano

Puwede mong bayaran ang iyong buwanang premium ng plano (kasama ang anumang multa sa nahuling pagpapatala na kasalukuyang mayroon ka o posibleng utang mo) sa pamamagitan ng mail bawat buwan. Kung may premium na babayaran ang iyong plano, makakatanggap ka ng buwanang bayarin kasama ang halaga at petsa kung kailan ka dapat susunod na magbayad, o puwede mong piliing bayaran ang iyong premium sa pamamagitan ng awtomatikong pagbabawas nito sa iyong Tseke ng Segurong Panlipunan o Railroad Retirement Board (RRB, Lupon ng Pagreretiro ng Mga Manggagawa sa Riles) bawat buwan.

Para matuto pa tungkol sa iyong mga opsyon sa pagbabayad, bisitahin kami sa blueshieldca.com/medicarewaystopay o tawagan ang Serbisyo sa Customer sa **(800) 452-4413 (TTY: 711)**.

Awtomatikong pagbabawas mula sa iyong buwanang tseke ng benepisyong ng Segurong Panlipunan o Railroad Retirement Board (RRB).

Nakakatanggap ako ng mga buwanang benepisyong mula sa: Segurong Panlipunan RRB

(Ang pagbabawas sa Segurong Panlipunan/Railroad Retirement Board ay posibleng tumagal nang dalawa o higit pang buwan para magsimula. Sa karamihan ng mga kaso, kung tatanggapin ng Segurong Panlipunan/Railroad Retirement Board ang iyong kahilingan para sa awtomatikong pagbabawas, isasasama sa unang pagbabawas mula sa iyong tseke ng benepisyong ng Segurong Panlipunan/Railroad Retirement Board ang lahat ng premium na dapat bayaran mula sa petsa ng pag-iral ng iyong pagpapatala hanggang sa pagsisimula ng pagbabawas. Kung hindi aaprubahan ng Segurong Panlipunan/Railroad Retirement Board ang iyong kahilingan para sa awtomatikong pagbabawas, padadalhan ka namin ng sulat ng bayarin para sa iyong mga buwanang premium.)

Kung natasa ka para sa Bahagi D-Buwanang Halaga ng Pagsasaayos na Nauugnay sa Kita, aabisuhan ka ng Administrasyon sa Segurong Panlipunan. Ikaw ang mananagot sa pagbabayad ng dagdag na halagang ito bilang karagdagan sa premium ng iyong plano. Posibleng ikaltas ang halagang ito mula sa iyong tseke ng benepisyong ng Segurong Panlipunan, o direkta kang singilin ng Medicare o Railroad Retirement Board. HUWAG ibabayad ang Bahagi D-IRMAA sa Blue Shield of California.

Posibleng maging kwalipikado para sa Extra Help (Dagdag na Tulong) ang mga taong may limitadong kita para mabayaran ang kanilang gastos sa resetang gamot. Kung kwalipikado ka, puwedeng bayaran ng Medicare ang iyong mga gastos sa gamot kabilang ang buwanang premium sa resetang gamot, mga taunang kaltas, at co-insurance. Dagdag pa, hindi magkakaroon ang mga kwalipikado ng multa para sa nahuling pagpapatala. Maraming tao ang kwalipikado para sa mga pagtitipid na ito, pero ni hindi nila alam ito. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa Extra Help na ito, makipag-ugnayan sa iyong lokal na opisina ng Segurong Panlipunan, o tawagan ang Segurong Panlipunan sa **(800) 772-1213**. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **(800) 325-0778**. Puwede ka ring mag-apply para sa Extra Help online sa www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help.

Kung kwalipikado ka para sa Extra Help sa iyong mga gastos sa saklaw sa resetang gamot ng Medicare, babayaran ng Medicare ang lahat o bahagi ng iyong premium ng plano para sa benepisyong ito. Kung bahagi lang ng premium na ito ang babayaran ng Medicare, sisingilin ka namin para sa halagang hindi saklaw ng Medicare.

Mangyaring basahin ang nasa ibaba at lumagda sa ibaba

Ang Blue Shield of California ay isang planong may kontrata sa pamahalaang Pederal.

Nauunawaan ko na kung nakakakuha ako ng tulong mula sa isang sales agent (ahente ng pagbebenta), broker, o iba pang indibidwal na nagtatrabaho o nakakonstrata sa Blue Shield TotalDual Plan, puwede siyang mabayaran batay sa aking pagpapatala sa Blue Shield TotalDual Plan.

Paglalabas ng impormasyon: Sa pamamagitan ng pagsali sa planong pangkalusugang ito ng Medicare, kinikilala kong ilalabas ng planong pangkalusugan ng Medicare ang aking impormasyon sa Medicare at iba pang plano kung kinakailangan para sa paggamot, pagbabayad at mga operasyon sa pangangalagang pangkalusugan. Kinikilala ko ring ilalabas ng Blue Shield TotalDual Plan ang aking impormasyon, kasama ang aking data ng tala ng resetang gamot, sa Medicare, na posibleng ilabas ito para sa pananaliksik at iba pang layuning sumusunod sa lahat ng naaangkop na batas at regulasyon ng Pederal. Tama ang impormasyon sa form ng pagpapatalang ito sa abot ng aking kaalaman. Nauunawaan kong kung sasadyain kong magbigay ng maling impormasyon sa form na ito, tatanggalin ako sa plano. Nauunawaan kong hindi sinasaklaw sa ilalim ng Medicare ang mga taong may Medicare habang nasa labas sila ng bansa maliban sa limitadong saklaw malapit sa hangganan ng U.S.

Nauunawaan kong kapag nagsimula na ang petsa ng pagsaklaw ng Blue Shield TotalDual Plan, dapat kunin ko ang lahat ng aking pangangalagang pangkalusugan mula sa Blue Shield TotalDual Plan, maliban sa mga serbisyong pang-emergency o agarang kinakailangan o mga serbisyong dialysis sa labas ng pinagseeserbisyuhang lugar. Sasaklawin ang mga serbisyong pinahintulutan ng Blue Shield TotalDual Plan at iba pang serbisyong nilalaman ng aking dokumento ng *Evidence of Coverage* (EOC, Katibayan ng Saklaw) ng Blue Shield TotalDual Plan (kilala rin bilang kontrata ng miyembro o kasunduan sa subscriber). Kung walang pahintulot, **HINDI BABAYARAN NG MEDICARE O BLUE SHIELD TOTALDUAL PLAN ANG MGA SERBISYO.**

Nauunawaan kong ang aking lagda (o ang lagda ng taong pinahintulutang kumilos sa ngalan ko sa ilalim ng mga batas ng Estado kung saan ako nakatira) sa aplikasyong ito ay nangangahulugang binasa at nauunawaan ko ang mga nilalaman ng aplikasyong ito. Kung nilagdaan ng pinahintulutang indibidwal (tulad ng inilarawan sa itaas), pinapatunayan ng lagdang ito na: 1) pinahintulutan ang taong ito sa ilalim ng batas ng Estado para sagutan ang pagpapatalang ito, at 2) makukuha ang dokumentasyon ng awtoridad na ito kapag hiniling ng Medicare.

Lagda:

Petsa Ngayon (MM/DD/YYYY):

Kung ikaw ang pinahintulutang kinatawan, dapat lumagda ka sa naunang pahina at ibigay mo ang sumusunod na impormasyon:

Pangalan:

Address:

Lungsod:

Estado:

ZIP code:

Numero ng telepono:

Relasyon sa nakatala:

Para lang sa mga indibidwal na tumutulong sa nakatalang sagutan ang form na ito

Sagutan ang seksyong ito kung isa kang indibidwal (hal. mga abogado ng State Health Insurance Program (SHIP, Programa ng Tulong sa Insurance sa Kalusugan ng Estado), miyembro ng pamilya, o iba pang ikatlong partido) na tumutulong sa enrollee na sagutan ang form na ito.

Pangalan: _____ Relasyon sa nakatala: _____
 Mga Abogado ng SHIP Pinahintulutang kinatawan
Lagda: _____ Iba pa (ikatlong partido) Sarili

Impormasyon ng Lisensiyadong Ahente ng Insurance:

*Nagpapahiwatig ng kinakailangang patlang

Pangalan ng itinalagang ahensya: _____
(mangyaring i-print ang pangalan ng itinalagang ahensya)

ID ng Buwis ng itinalagang ahensya*: _____
(mangyaring i-print ang pangalan ng ID ng buwis ng itinalagang ahensya)

Pangalan ng Lisensiyadong Ahente ng Insurance*: _____
(mangyaring i-print ang pangalan ng producer/writing agent)

Indibidwal na NPN ng Lisensiyadong Ahente ng Insurance*: _____
(mangyaring i-print ang indibidwal na NPN ng producer/writing agent)

Numero ng telepono ng Lisensiyadong Ahente ng Insurance: _____

Email address ng Lisensiyadong Ahente ng Insurance: _____

Petsa kung kailan natanggap ng producer/writing agent ang aplikasyon (MM/DD/YYYY): _____

Lagda ng Lisensiyadong Ahente ng Insurance: _____

Sa pamamagitan ng aking lagda, pinatutunayan ko ritong binasa at nauunawaan ko ang Mga Patnubay sa Komunikasyon at Marketing at mga patakarang sa Pagpapatala ng CMS Medicare at kinukumpirma kong nakatanggap ang nagpapatala ng kumpletong kit sa pagpapatala. Sumasang-ayon akong ang pagpapatalang ito ng benepisyaryo ng Medicare, sa ngalan ng Blue Shield of California, ay sumunod sa mga patakarang ito.

Ang Blue Shield of California ay isang planong HMO D-SNP na may kontrata sa Medicare at maging sa California State Medicaid Program. Nakasalalay ang pagpapatala sa Blue Shield of California sa pag-renew ng kontrata.