



# 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"/> <b>Նախընտրում եմ չպատասխանել:</b>              |

**Նշեք ձեր ռասայական պատկանելությունը: Ընտրեք բոլոր կիրառելի տարբերակները:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ամերիկյան հնդկացի կամ Ալյասկայի բնիկ Ասիացի | <input type="checkbox"/> Սևամորթ կամ աֆրոամերիկացի Հավայյան և Խաղաղօվկիանոսյան կղզիների բնիկ |
| <input type="checkbox"/> Ասիացի հնդիկ                                | <input type="checkbox"/> Գուամանցի կամ չամորոցի  |
| <input type="checkbox"/> Չինացի                                      | <input type="checkbox"/> Հավայյան 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"/> <b>Նախընտրում եմ չպատասխանել:</b>                                   |
| <input type="checkbox"/> Այլ ասիացի                                  |  |

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

- |  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Արաբերեն            | <input type="checkbox"/> Չինարեն (ավանդական) | <input type="checkbox"/> Իսպաներեն   |
| <input type="checkbox"/> Հայերեն             | <input type="checkbox"/> Պարսկերեն           | <input type="checkbox"/> Տազալերեն   |
| <input type="checkbox"/> Կամբոջերեն          | <input type="checkbox"/> Կորեերեն            | <input type="checkbox"/> Վիետնամերեն |
| <input type="checkbox"/> Չինարեն (պարզեցված) | <input type="checkbox"/> Ռուսերեն            |                                      |

Նշեք, թե ձեզ մատչելի ինչ ձևաչափով եք ցանկանում տեղեկատվական նյութեր ստանալ մեզնից:

- 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 տրոխություններ ունենալու դեպքում (օրինակ՝ Նպաստների բացատրությունը կամ Փոփոխությունների տարեկան ծանուցումը): Դուք կարող եք կարգալ 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](http://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](http://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:

<b>Ստորագրություն՝</b>	<b>Այսօրվա ամսաթիվը (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)՝</b>
------------------------	---------------------------------------

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 Assistance Program (SHIP, Բուժապահովագրության աջակցության նահանգային ծրագիր) 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 (Կալիֆոռնիայի նահանգային Medicaid ծրագիր) հետ կնքած պայմանագրերը: Blue Shield of California պլանում գրանցումը կախված է պայմանագրի երկարաձգումից:

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

A56202MAD-TD-FF-AM\_0325