



استمارة تغيير خطة Blue Shield of California Medicare Advantage

يجوز لأعضاء خطة Blue Shield of California Medicare Advantage الحالية استخدام استمارة التسجيل القصيرة هذه للتسجيل في خطة Medicare Advantage المقدمة من Blue Shield of California.

يرجى إرسال استمارة التسجيل المكتملة بالفاكس أو البريد إلى:
الفاكس: (877) 251-3660

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

أنا حاليًا عضو في خطة _____ في _____
بقسط شهري قدره \$ _____.

اختر الخطة التي ترغب في الانضمام إليها:

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

مقاطعات Los Angeles/San Diego
(\$0 شهريًا)

أدرك أن هذه الخطة لها مزايا صحية مختلفة وقد تكلف قسطًا شهريًا، حسب ما ورد أعلاه.

رقم العضو:

اسم العائلة:

الحرف الأول من الاسم
الأوسط (اختياري):

الاسم الأول:

رقم الهاتف:

نوع الهاتف: خط أرضي محمول

عنوان الشارع الدائم (لا تدخل صندوق بريد. ملاحظة: بالنسبة للأفراد الذين يعانون من التشرد، قد يعتبر صندوق البريد عنوان إقامتك الدائم):

العنوان والشارع:

المدينة:

الرمز البريدي:

الولاية:

عنوان المراسلات، إذا كان مختلفًا عن عنوانك الدائم (يُسمح بإدخال الصندوق البريدي):

العنوان والشارع:

المدينة:

الرمز البريدي:

الولاية:

اسم طبيب الرعاية الأولية (PCP) أو العيادة التي اخترتها (HMO فقط):

القسم 2 - جميع الحقول في هذا القسم اختيارية

لك مطلق الحرية في الإجابة عن هذه الأسئلة. ولا يجوز رفض منحك تغطية تأمينية لأنك لم تكملها.

هل أنت من أصول هيسبانية أو لاتينية أو إسبانية؟ اختر كل ما ينطبق.

- لا، لست من أصول هيسبانية أو لاتينية أو إسبانية
 نعم، مكسيكي، أمريكي مكسيكي، شيكانو
 نعم، بورتوريكي
 نعم، من أصول هيسبانية أخرى أو لاتينية أو إسبانية
 نعم، كوبي
 أختار عدم الإجابة.

ما عرقك؟ اختر كل ما ينطبق.

- من الهنود الأمريكيين أو سكان ألاسكا الأصليين
 هندي آسيوي
 من سكان هاواي أو جزر المحيط الهادي الأصليين:
 صيني
 من غوام أو شعب الشامورو
 فلبيني
 من سكان هاواي الأصليين
 من ساموا
 ياباني
 من جزر المحيط الهادي الأخرى
 كوري
 أبيض
 فييتنامي
 أختار عدم الإجابة.
 من أصول آسيوية أخرى

اختر إجابة واحدة إذا كنت ترغب في أن نرسل لك المعلومات بلغة أخرى غير الإنجليزية.

- العربية
 الصينية (التقليدية)
 الإسبانية
 الأرمنية
 الفارسية
 التاغالوغية
 الكورية
 الفيتنامية
 الصينية (المبسطة)
 الروسية

اختر إجابة واحدة إذا كنت ترغب في أن نرسل لك المعلومات بصيغة مناسبة لك.

- لغة برايل
 بنط كبير
 قرص صوتي مضغوط
 قرص بيانات مضغوط
يرجى الاتصال بخدمة العملاء على الهاتف (TTY: 711) 452-4413 (800) إذا كنت تريد المعلومات بصيغة مناسبة لك غير واردة في القائمة أعلاه. ساعات العمل لدينا من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع.

رقم الهاتف المحمول:	عنوان البريد الإلكتروني:
<p>تقديم بريدك الإلكتروني أعلاه يسجلك تلقائيًا في خدمة البريد اللاورقية لبعض المراسلات بشأن خطتك.</p> <p>وستحصل على العديد من المراسلات المطلوبة بشأن خطتك إلكترونيًا. سنرسل لك رسالة بالبريد الإلكتروني عند توفر مراسلات جديدة عبر الإنترنت (على سبيل المثال؛ شرح المزايا أو الإشعار السنوي للتغييرات). ويمكنك الاطلاع على هذه المراسلات من خلال أي جهاز مثل حاسوب أو حاسوب لوحي أو هاتف محمول.</p> <p><input type="checkbox"/> بدلاً من البريد اللاورقي، سنرسل لك نسخ ورقية من المراسلات المطلوبة. يرجى الملاحظة أن بعض المراسلات كبيرة للغاية وقد لا يكون حجم صندوق البريد كافيًا لها. ويجوز لك تغيير تفضيلاتك بشأن البريد في أي وقت.</p>	

قسط خطتك

يمكنك دفع أقساط خطتك الشهرية (بما في ذلك أي غرامة تسجيل متأخرة تدفعها أو مستحقة عليك) عبر البريد كل شهر. إذا كان لخطتك قسط مستحق، فستتلقى فاتورة شهرية تشمل المبلغ وتاريخ استحقاق الدفعة التالية، أو يمكنك اختيار دفع قسطك بالاستقطاع التلقائي من استحقاقات الضمان الاجتماعي أو شيك Railroad Retirement Board (RRB)، مجلس المتقاعدين العاملين في هيئة السكك الحديدية) كل شهر.

لمعرفة المزيد عن خيارات الدفع المتاحة لك، تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني blueshieldca.com/medicarewaystopay أو اتصل بخدمة العملاء على الهاتف (800) 452-4413 (TTY: 711).

الخصم المباشر من شيك الشهري لاستحقاقات الضمان الاجتماعي أو Railroad Retirement Board (RRB).
أحصل على استحقاقات شهرية من: الضمان الاجتماعي RRB

(الاستقطاع من شيك استحقاقات الضمان الاجتماعي أو Railroad Retirement Board قد يستغرق شهر أو شهرين قبل أن يبدأ. في معظم الحالات، إذا قبل الضمان الاجتماعي/Railroad Retirement Board طلبك للاستقطاع التلقائي، فسيتضمن الاستقطاع الأول من شيك استحقاقات الضمان الاجتماعي/Railroad Retirement Board جميع الأقساط المستحقة اعتبارًا من تاريخ نفاذ تسجيلك حتى تاريخ بدء الصرف. إذا لم يوافق الضمان الاجتماعي/Railroad Retirement Board على طلبك للاستقطاع التلقائي، فنرسل لك فاتورة ورقية لأقساطك الشهرية).

إذا تم تقييم دخلك حسب الجزء D لتعديل المبلغ الشهري المتعلق بالدخل، فستبلغك إدارة الضمان الاجتماعي بذلك وستكون مسؤولاً عن دفع هذا المبلغ الإضافي بالإضافة إلى قسط خطتك. وسيخصم المبلغ من شيك استحقاقات الضمان الاجتماعي الخاص بك أو سترسل إليك الفاتورة مباشرة من Medicare أو Railroad Retirement Board. لا تدفع ل Blue Shield of California مبلغ جزء D-IRMAA.

قد يكون الأفراد محدودو الدخل مؤهلين للحصول على Extra Help (إعانة إضافية) على دفع تكاليف الأدوية الموصوفة لهم. إذا كنت مؤهلاً لذلك، فيمكن أن يدفع برنامج Medicare تكاليف الأدوية الخاصة بك بما في ذلك أقساط الأدوية الشهرية والمبالغ المقتطعة السنوية والتأمين المشترك. بالإضافة إلى ذلك، لن يتحمل أولئك المؤهلون عبء فجوة في التغطية أو عقوبة تسجيل متأخر. الكثير مؤهلون للحصول على هذه الإعانات ولا يعرفون ذلك. لمزيد من المعلومات حول Extra Help، اتصل بمكتب الضمان الاجتماعي المحلي الذي تتبع له، أو اتصل بالضمان الاجتماعي على الهاتف (800) 772-1213. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم (800) 325-0778. يمكنك أيضًا التقدم بطلب للحصول على Extra Help عبر الإنترنت على www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help.

إذا كنت مؤهلاً للحصول على Extra Help فيما يتعلق بتكاليف تغطية الأدوية الموصوفة طبيًا من برنامج Medicare، فسيُدفع برنامج Medicare كل قسط خطتك أو جزء منها لهذه الميزة. إذا كان برنامج Medicare يدفع جزءًا فقط من هذا القسط، فسنرسل فاتورة إليك بالمبلغ الذي لا يغطيه برنامج Medicare.

يرجى قراءة ما يلي والتوقيع عليه

Blue Shield of California هي خطة متعاقدة مع الحكومة الفيدرالية.

أدرك أنه إذا كنت أتلقى المساعدة من وكيل للمبيعات أو وسيط أو أي فرد آخر موظف لدى Blue Shield TotalDual Plan أو متعاقد معها، فقد يتم الدفع له حسب تسجيلي في Blue Shield TotalDual Plan.

الكشف عن المعلومات: بالانضمام إلى خطة Medicare الصحية، أقر أن خطة Medicare الصحية ستكشف عن معلوماتي إلى خطة Medicare والخطط الأخرى حسب الضرورة العلاجية وعملية الدفع وإجراءات الرعاية الصحية. كما أقر أن Blue Shield TotalDual Plan ستكشف عن معلوماتي، بما في ذلك بيانات وقائع الأدوية الموصوفة طبياً، إلى Medicare، التي قد تنشرها لأغراض بحثية ولأغراض أخرى بموجب جميع القوانين واللوائح الفيدرالية المعمول بها. المعلومات الواردة في استمارة التسجيل هذا صحيحة على حد علمي. أدرك أنه إذا قدّمت عن قصد معلومات خاطئة في هذه الاستمارة، فسيتم إلغاء تسجيلي من الخطة. أدرك أن الأفراد المشاركين في برنامج Medicare ليس لديهم تغطية من برنامج Medicare أثناء وجودهم خارج البلاد، باستثناء التغطية المحدودة بالقرب من الحدود الأمريكية.

أدرك أنه اعتباراً من تاريخ بدء تغطية خطة Blue Shield TotalDual Plan، يجب أن أحصل على كل خدمات الرعاية الصحية من Blue Shield TotalDual Plan، باستثناء خدمات الرعاية الطارئة أو العاجلة أو خدمات الديال الكلوي خارج منطقة التغطية. ستتم تغطية الخدمات المصرح بها من قبل Blue Shield TotalDual Plan والخدمات الأخرى الواردة في وثيقة *Evidence of Coverage (EOC)*، إثبات التغطية الخاصة بي من Blue Shield TotalDual Plan (المعروفة أيضاً باسم "عقد العضو" أو "اتفاق المشترك"). بدون تصريح مسبق، لن تدفع Medicare و Blue Shield **TOTALDUAL PLAN** مقابل الخدمات.

أدرك أن توقيعني (أو توقيع الفرد المفوض بالتصرف بالنيابة عني بموجب قوانين الولاية التي أقيم فيها) على هذا الطلب يعني أنني قرأت محتويات هذا الطلب وفهمتها. في حال التوقيع من قبل فرد مفوض (كما هو موضح أعلاه)، فإن هذا التوقيع يقر ما يلي: 1) هذا الفرد مفوض له بموجب قانون الولاية بإكمال هذا التسجيل (2) وتوثيق هذه السلطة متاح عند الطلب من Medicare.

التوقيع:	تاريخ اليوم (شهر/يوم/سنة):
-----------------	-----------------------------------

إذا كنت ممثلًا مفوضًا، فعليك التوقيع في الصفحة السابقة وتقديم المعلومات التالية:

الاسم:

العنوان:

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

رقم الهاتف:

علاقته بالعضو المسجل:

للأفراد الذين يساعدون المسجلين في إكمال هذه الاستمارة فقط

أكمل هذا القسم إذا كنت فرد (أي مستشاري SHIP State Health Insurance Assistance Program، برنامج المساعدة في تأمين الولاية الصحي)، أو أفراد الأسرة، أو أطراف خارجية أخرى) يساعد المسجل في ملء هذه الاستمارة.

الاسم: _____ علاقته بالعضو المسجل: _____
 مستشارو SHIP الممثل المفوض
 غير ذلك (طرف خارجي) نفسه

معلومات المنتج/وكيل الكتابة:

*يشير إلى الحقل المطلوب

اسم الوكالة المعيّنة: _____

(يرجى كتابة اسم الوكالة المعيّنة بحروف واضحة)

رقم التعريف الضريبي للوكالة المعيّنة*:

(يرجى كتابة رقم التعريف الضريبي للوكالة المعيّنة بحروف واضحة)

اسم المنتج/وكيل الكتابة*:

(يرجى كتابة اسم المنتج/وكيل الكتابة بحروف واضحة)

رقم NPN الخاص بالمنتج/وكيل الكتابة*:

(يرجى كتابة رقم NPN الفردي للمنتج/وكيل الكتابة بحروف واضحة)

رقم هاتف المنتج/وكيل الكتابة: _____

عنوان البريد الإلكتروني للمنتج/وكيل الكتابة: _____

تاريخ استلام وكيل التأمين للطلب (شهر/يوم/سنة): _____

توقيع المنتج/وكيل الكتابة: _____

بتوقيعي على هذه الوثيقة، أقر بموجبها أنني قرأت وفهمت توجيهات CMS Medicare بشأن المراسلات والتسويق وقواعد التسجيل وأؤكد أن المسجل قد تلقى حزمة التسجيل كاملة. أوافق على أن هذا التسجيل للمنتج من Medicare، بالنيابة عن Blue Shield of California، متوافق مع هذه القواعد.

Blue Shield of California هي خطة HMO D-SNP متعاقدة مع Medicare وبرنامج California State Medicaid Program (برنامج Medicaid لولاية كاليفورنيا). التسجيل في Blue Shield of California يعتمد على تجديد التعاقد.