



Форма смены плана Blue Shield of California Medicare Advantage

Текущие участники плана Blue Shield of California Medicare Advantage могут использовать эту короткую форму регистрации для регистрации в плане Medicare Advantage, предлагаемом Blue Shield of California.

Пожалуйста, отправьте заполненную регистрационную форму по факсу или почте по адресу:

Факс: (877) 251-3660

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

В настоящее время я являюсь участником плана _____ в _____ с ежемесячным взносом в размере \$ _____.

Выберите план, к которому вы хотите присоединиться:

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Округа Los Angeles/San Diego
(\$0 в месяц)

Я понимаю, что этот план имеет различные льготы здравоохранения и может включать ежемесячный взнос, как указано выше.

Номер участника:

Фамилия:	Имя:	Средний инициал (необязательно):
----------	------	----------------------------------

Номер телефона:	Тип телефона: <input type="checkbox"/> стационарный <input type="checkbox"/> мобильный
-----------------	--

Адрес постоянного места жительства (не вводите абонентский ящик. Примечание: для бездомных лиц абонентский ящик может считаться вашим постоянным адресом проживания.):

Адрес:

Город:

Штат:

Почтовый индекс:

Почтовый адрес, если он отличается от вашего постоянного адреса (можно указать абонентский ящик):

Адрес:

Город:

Штат:

Почтовый индекс:

Имя выбранного врача первичной медико-санитарной помощи (PCP) или клиники (только НМО):

Раздел 2. Все поля в этом разделе являются необязательными

Решайте сами, отвечать на вопрос или нет. Вам не может быть отказано в страховании, если вы оставите вопросы без ответа.

Вы латиноамериканец(-ка) или испанец(-ка) по происхождению? Выберите все, что подходит.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Нет, не латиноамериканец(-ка) и не испанец(-ка) по происхождению | <input type="checkbox"/> Да, мексиканец(-ка), американец(-ка) мексиканского происхождения, чикано |
| <input type="checkbox"/> Да, пуэрториканец(-ка) | <input type="checkbox"/> Да, кубинец(-ка) |
| <input type="checkbox"/> Да, другой латиноамериканец(-ка) или испанец(-ка) по происхождению | <input type="checkbox"/> Я предпочитаю не отвечать. |

Какая ваша раса? Выберите все, что подходит.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Американский индеец(-ианка) или коренной(-ая) житель(-ница) Аляски | <input type="checkbox"/> Чернокожий(-ая) или афроамериканец(-ка) Коренной(-ая) житель(-ница) Гавайев и островов Тихого океана: |
| Азиат(-ка): | <input type="checkbox"/> Гуамец(-ка) или чаморро |
| <input type="checkbox"/> Азиатский(-ая) индеец(-ианка) | <input type="checkbox"/> Коренной(-ая) житель(-ница) Гавайев |
| <input type="checkbox"/> Китаец(-янка) | <input type="checkbox"/> Самоанец(-ка) |
| <input type="checkbox"/> Филиппинец(-ка) | <input type="checkbox"/> Другой(-ая) коренной(-ая) житель(-ница) островов Тихого океана |
| <input type="checkbox"/> Японец(-ка) | <input type="checkbox"/> Белый |
| <input type="checkbox"/> Кореец(-янка) | <input type="checkbox"/> Я предпочитаю не отвечать. |
| <input type="checkbox"/> Вьетнамец(-ка) | |
| <input type="checkbox"/> Другой(-ая) азиат(-ка) | |

Выберите одно, если хотите, чтобы мы отправляли вам информацию на языке, отличном от английского.

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Арабский | <input type="checkbox"/> Китайский (традиционный) | <input type="checkbox"/> Испанский |
| <input type="checkbox"/> Армянский | <input type="checkbox"/> Фарси | <input type="checkbox"/> Тагальский |
| <input type="checkbox"/> Камбоджийский | <input type="checkbox"/> Корейский | <input type="checkbox"/> Вьетнамский |
| <input type="checkbox"/> Китайский (упрощенный) | <input type="checkbox"/> Русский | |

Выберите одно, если хотите, чтобы мы отправляли вам информацию в доступном формате.

- Шрифт Брайля Крупный шрифт Компакт-диск со звукозаписью Компакт-диск с данными
- Свяжитесь с центром поддержки участников по телефону **(800) 452-4413 (TTY: 711)**, если вам нужна информация в доступном формате, отличном от указанного выше. Наш офис работает с 8:00 до 20:00, без выходных.

Адрес электронной почты:

Номер мобильного телефона:

Если вы укажете свой адрес электронной почты выше, вы автоматически подключитесь к безбумажной доставке некоторых сообщений вашего плана.

Многие из необходимых сообщений плана будут доставлены в электронном виде. Мы отправим вам электронное письмо, когда новое сообщение (например, «Разъяснение льгот» или «Ежегодное уведомление об изменениях») будет доступно в Интернете. Вы можете получить доступ к этим сообщениям через любое устройство, например, компьютер, планшет или мобильный телефон.

- Вместо безбумажной доставки мы отправим вам бумажные копии необходимых материалов по почте. Обратите внимание, что некоторые сообщения очень велики и могут не поместиться во все почтовые ящики. Вы можете изменить предпочтения по доставке в любое время.

Взнос вашего плана

Вы можете оплачивать ежемесячный страховой взнос (включая любые штрафы за позднюю регистрацию, которые у вас есть или которые вы можете задолжать) по почте каждый месяц. Если в вашем плане предусмотрен причитающийся страховой взнос, вы будете получать ежемесячный счет, включающий сумму и дату следующего платежа, или вы можете выбрать оплату страхового взноса автоматическим вычетом его из вашего пособия социального страхования или пособия Railroad Retirement Board (RRB, Совет по пенсионному обеспечению железнодорожных работников) каждый месяц.

Чтобы узнать больше о вариантах оплаты, посетите нас по адресу blueshieldca.com/medicarewaystopay или позвоните в центр поддержки участников по номеру **(800) 452-4413 (TTY: 711)**.

Автоматический вычет из вашего ежемесячного пособия социального страхования или пособия Railroad Retirement Board (RRB).

Я получаю ежемесячные выплаты от: Службы социального страхования RRB

(Вычет из пособия социального страхования или пособия Railroad Retirement Board может начаться через два или более месяцев. В большинстве случаев, если Служба социального страхования или Railroad Retirement Board принимает ваш запрос на автоматический вычет, первый вычет из вашего пособия социального страхования или пособия Railroad Retirement Board будет включать все страховые взносы, причитающиеся с даты вступления в силу вашей регистрации до момента начала удержания. Если Служба социального страхования или Railroad Retirement Board не одобрит ваш запрос на автоматический вычет, мы вышлем вам бумажный счет на ваши ежемесячные страховые взносы.)

Если вам начисляется ежемесячная сумма корректировки, связанная с доходом по части D, Администрация социального страхования уведомит вас об этом. Вы должны заплатить эту сумму вдобавок к страховому взносу по плану. Эта сумма будет удержана из вашего ежемесячного пособия социального страхования или вычтена напрямую Medicare или Railroad Retirement Board. НЕ платите Часть D-IRMAA Blue Shield of California.

Лица с ограниченным доходом могут претендовать на Extra Help (дополнительную помощь) в оплате отпускаемых по рецепту лекарств. Если вы соответствуете требованиям, Medicare может оплатить ваши расходы на лекарства, включая ежемесячные страховые взносы на отпускаемые по рецепту лекарства, ежегодные франшизы и совместное страхование. Кроме того, у тех, кто соответствует требованиям, не будет штрафа за позднюю регистрацию. Многие люди имеют право на эти льготы и даже не знают об этом. Для получения дополнительной информации об Extra Help обратитесь в местный офис Службы социального страхования или позвоните в Службу социального страхования по телефону **(800) 772-1213**. Пользователи TTY должны звонить по номеру **(800) 325-0778**. Вы также можете подать заявку на получение Extra Help онлайн на сайте www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help.

Если вы имеете право на Extra Help в покрытии расходов на рецептурные препараты Medicare, Medicare оплатит весь или часть вашего страхового взноса по плану для этого пособия. Если Medicare оплачивает только часть этого страхового взноса, мы выставим вам счет на сумму, которую Medicare не покрывает.

Пожалуйста, прочитайте и подпишите ниже

Blue Shield of California – это план, который имеет контракт с федеральным правительством.

Я понимаю, что если я получаю помощь от агента по продажам, брокера или другого лица, нанятого или работающего по контракту с Blue Shield TotalDual Plan, ему/ей может быть произведена оплата на основе моей регистрации в Blue Shield TotalDual Plan.

Разглашение информации: Присоединяясь к этому плану медицинского страхования Medicare, я подтверждаю, что план медицинского страхования Medicare предоставит мою информацию Medicare и другим планам по мере необходимости для лечения, оплаты и медицинских операций. Я также подтверждаю, что Blue Shield TotalDual Plan предоставит мою информацию, включая данные о событиях, связанных с лекарствами, отпускаемыми по рецепту, Medicare, которая может предоставить ее для исследований и других целей, которые соответствуют всем применимым федеральным законам и правилам. Насколько мне известно, информация в этой регистрационной форме верна. Я понимаю, что если я намеренно предоставляю ложную информацию в этой форме, меня исключат из плана. Я понимаю, что люди, заключившие контракт с Medicare, не покрываются Medicare, находясь за пределами страны, за исключением ограниченного покрытия вблизи границы США.

Я понимаю, что, начиная с даты начала покрытия по Blue Shield TotalDual Plan, я должен(-на) получать всю медицинскую помощь по Blue Shield TotalDual Plan, за исключением неотложных или срочно необходимых услуг или услуг диализа вне зоны действия плана. Услуги, разрешенные Blue Shield TotalDual Plan, и другие услуги, содержащиеся в моем документе *Evidence of Coverage* (ЕОС, Подтверждение страхового покрытия) Blue Shield TotalDual Plan (также известном как членский договор или абонентское соглашение), будут покрываться. Без разрешения **НИ MEDICARE, НИ BLUE SHIELD TOTALDUAL PLAN НЕ БУДУТ ОПЛАЧИВАТЬ УСЛУГИ.**

Я понимаю, что моя подпись (или подпись лица, имеющего законное право действовать от моего имени в соответствии с законами штата, где я проживаю) на этом заявлении означает, что я прочитал(-а) и понял(-а) содержание этого заявления. Если эта подпись оставлена уполномоченным представителем (как описано выше), эта подпись удостоверяет, что: 1) это лицо уполномочено в соответствии с законодательством штата завершить эту регистрацию и 2) документация этого органа доступна по запросу от Medicare.

Подпись:

Сегодняшняя дата (ММ/ДД/ГГГГ):

Если вы являетесь уполномоченным представителем, вы должны подписать предыдущую страницу и предоставить следующую информацию:

Имя: _____

Адрес: _____

Город: _____

Штат: _____

Почтовый индекс: _____

Номер телефона: _____

Отношение к регистрируемому: _____

Только для лиц, помогающих регистрируемому с заполнением этой формы

Заполните этот раздел, если вы являетесь физическим лицом (например, консультантами State Health Insurance Assistance Program (SHIP, Государственная программа помощи в медицинском страховании), членами семьи или другими третьими лицами), помогающим регистрируемому лицу заполнить эту форму.

Имя: _____ Отношение к регистрируемому:
 Консультант SHIP Уполномоченный представитель
Подпись: _____ Другое (третье лицо) Самостоятельно

Информация о подписывающем агенте:

*Указывает на обязательное поле

Название назначенного агентства: _____
(пожалуйста, распечатайте название назначенного агентства)

Налоговый номер назначенного агентства*: _____
(пожалуйста, распечатайте налоговый номер назначенного агентства)

Имя подписывающего агента*: _____
(пожалуйста, распечатайте имя подписывающего агента)

Индивидуальный NPN подписывающего агента*: _____
(пожалуйста, распечатайте индивидуальный NPN подписывающего агента)

Номер телефона подписывающего агента: _____

Адрес электронной почты подписывающего агента: _____

Дата получения заявки подписывающим агентом (ММ/ДД/ГГГГ): _____

Подпись подписывающего агента: _____

Своей подписью я подтверждаю, что прочитал(-а) и понял(-а) Руководство по коммуникациям и маркетингу CMS Medicare, а также правила регистрации, и подтверждаю, что регистрируемый получил полный комплект для регистрации. Я согласен(-на) с тем, что регистрация бенефициара Medicare от имени Blue Shield of California соответствует этим правилам.

Blue Shield of California — это план HMO D-SNP с контрактом Medicare и контрактом с California State Medicaid Program (Программа Medicaid штата Калифорния). Регистрация в Blue Shield of California зависит от продления контракта.