

و Blue Shield of California

Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life)

بخش 1 - اطلاعات شرکت		
1	نام کامل کسب‌وکار قانونی گروه	تاریخ اجرای درخواستی برای پوشش (ماه/روز/سال):
	نام تجاری (DBA)، در صورت وجود:	شهرستان نشانی فیزیکی
2	نشانی خیابان صدور صورت‌حساب (در صورت ارائه صندوق پستی، شماره 3 زیر نیز تکمیل شود)	
	شهر	ایالت
	کد پستی	
3	نشانی فیزیکی (اگر با مورد فوق متفاوت است)	
	شهر	ایالت
	کد پستی	
4	نوع نهاد قانونی: <input type="checkbox"/> شرکت S <input type="checkbox"/> شرکت C <input type="checkbox"/> شراکت <input type="checkbox"/> مالکیت انفرادی <input type="checkbox"/> شرکت با مسئولیت محدود <input type="checkbox"/> غیرانتفاعی <input type="checkbox"/> سایر موارد (مشخص کنید) _____ شماره شناسایی مالیاتی (TID) فدرال کارفرما _____ آیا گروه مشمول ERISA است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
5	آیا گروه در نظر دارد Blue Shield را در کنار طرح بیمه‌گر دیگری ارائه دهد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر تاریخ اجرای اولیه پوشش بیمه‌گر دیگر (ماه/روز/سال): _____ آیا گروه شرکت تابعه یا وابسته‌ای دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر پاسخ مثبت است، لطفاً موارد زیر را ارائه کنید: شماره شناسایی مالیاتی شامل پوشش شود؟ نام قانونی 1 <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر نام قانونی 2 <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر نام قانونی 3 <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آیا همه کارکنان تا حدی که از نظر قوانین الزامی است، تحت پوشش بیمه جبران خسارت کارکنان هستند؟ <input type="checkbox"/> بله نام بیمه‌گر: _____ <input type="checkbox"/> خیر اگر پاسخ منفی است، لطفاً توضیح دهید: _____	

رابط گروه برای:		6
B. عنوان شغلی	A. نام رابط گروه	رابط کلی گروه (اصلی)
D. نشانی ایمیل (الزامی)	C. شماره تلفن	
B. عنوان شغلی	A. نام رابط گروه	رابط سرپرستی آنلاین
D. نشانی ایمیل (الزامی)	C. شماره تلفن	
B. عنوان شغلی	A. نام رابط گروه	رابط صدور صورت حساب
D. نشانی ایمیل (الزامی)	C. شماره تلفن	
B. عنوان شغلی	A. نام رابط گروه	رابط «سند پوشش بیمه» / «گواهینامه بیمه» (EOC/COI)
D. نشانی ایمیل (الزامی)	C. شماره تلفن	
B. عنوان شغلی	A. نام رابط گروه	رابط قانونی (مسئول تعهدات قانونی الزام آور از طرف گروه کارفرما)
D. نشانی ایمیل (الزامی)	C. شماره تلفن	
B. عنوان شغلی	A. نام رابط گروه	رابط Account Based Health Plan (طرح سلامت مبتنی بر حساب، به اختصار ABHP)
D. نشانی ایمیل (الزامی)	C. شماره تلفن	
B. عنوان شغلی	A. نام رابط گروه	رابط سرپرستی COBRA
D. نشانی ایمیل (الزامی)	C. شماره تلفن	
B. عنوان شغلی	A. نام رابط گروه	رابط «گزارش مغایرت ثبت نام» (در صورت استفاده از EDI برای ثبت نام الکترونیکی)
D. نشانی ایمیل (الزامی)	C. شماره تلفن	
B. عنوان شغلی	A. نام رابط گروه	رابط اضافی
D. نشانی ایمیل (الزامی)	C. شماره تلفن	
B. عنوان شغلی	A. نام رابط گروه	رابط اضافی
D. نشانی ایمیل (الزامی)	C. شماره تلفن	

آیا از فایل الکترونیکی EDI برای ثبت نام جاری خود استفاده خواهید کرد؟ بله خیر
اگر پاسخ مثبت است، آیا اعضای COBRA شما در آن فایل لحاظ خواهند شد؟ بله خیر

دوره‌های انتظار و وابستگی مبتنی بر استخدام - کارفرما می‌تواند یک دوره آزمایشی حسن نیت (وابستگی) مبتنی بر استخدام برای کارمندان جدید اعمال کند که نباید بیشتر از 30 روز طول بکشد. قبل از اجرایی شدن پوشش بیمه، یک دوره انتظار نیز ممکن است اعمال شود که شروع آن از اولین روز پس از هرگونه دوره آزمایشی است و مدت آن در مجموع نباید بیشتر از 90 روز باشد.

لطفاً توجه داشته باشید: «تاریخ استخدام» کارمند اولین روز شروع استخدام است. اما، چنانچه کارفرما یک دوره آزمایشی یا انتظار اعمال کند، «تاریخ اجرایی شدن پوشش» اولین روز پس از اتمام هرگونه دوره آشنایی/انتظار است.

7a. دوره انتظار کارفرما - گروه می‌تواند یک یا چند مورد از گزینه‌های زیر را انتخاب کنید.

پوشش بیمه برای کارمندان واجد شرایط پس از اتمام دوره انتظار در روز تعیین شده اجرایی خواهد شد.

اگر بر اساس طبقه‌بندی استخدام، چند گزینه مختلف برای دوره انتظار وجود دارد، لطفاً در گزینه انتخاب شده مشخص کنید:

فاقد دوره انتظار (تاریخ اجرایی شدن استخدام)

همه کارمندان

سایر موارد (لطفاً توضیح دهید) _____

در روز اول ماه «بعد از تاریخ استخدام» اجرایی می‌شود

a. اگر استخدام در اول ماه باشد، پوشش بیمه از اول ماه بعد اجرایی می‌شود.

مثلاً: کارمند در تاریخ 1/12/2019 استخدام شده است = اجرایی شدن از تاریخ 1/1/2020 است

همه کارمندان

سایر موارد (لطفاً توضیح دهید) _____

b. اگر استخدام در اول ماه باشد، پوشش بیمه از تاریخ استخدام اجرایی می‌شود.

مثلاً: کارمند در تاریخ 1/12/2019 استخدام شده است = اجرایی شدن از تاریخ 1/12/2019 است

همه کارمندان

سایر موارد (لطفاً توضیح دهید) _____

در روز اول ماه «بعد از 30 روز پس از تاریخ استخدام» اجرایی می‌شود

همه کارمندان

سایر موارد (لطفاً توضیح دهید) _____

در روز اول ماه «بعد از 60 روز پس از تاریخ استخدام» اجرایی می‌شود

مثال: تاریخ استخدام کارمند 15/12/2019 به علاوه 60 روز = تاریخ اجرایی شدن 1/3/2020

همه کارمندان

سایر موارد (لطفاً توضیح دهید) _____

در «91 روز پس از تاریخ استخدام» اجرایی می‌شود

سایر موارد (لطفاً توضیح دهید) _____

7b. از دوره انتظار چشم‌پوشی خواهد شد:

بله خیر برای کارمندان فعلی که به‌طور فعال در حال کار هستند و در حین تغییر بیمه به Blue Shield ثبت نام می‌کنند.

بله خیر برای کارمندان پاره‌وقت پس از تغییر وضعیت آنها به حالت تمام‌وقت.

بله خیر برای کارمندان بازاستخدام شده، اگر «بله»، دوره انتظار را انتخاب کنید:

1 ماه 90 روز 3 ماه 6 ماه 12 ماه 13 هفته در هر زمان، از تاریخ استخدام مجدد اجرایی می‌شود

در هر زمان، از اول ماه بعد از تاریخ استخدام مجدد اجرایی می‌شود

لطفاً توجه داشته باشید: اگر از فایل الکترونیکی EDI برای تعیین واجد شرایط بودن و ثبت نام جاری استفاده کنید، تاریخ‌های اجرایی شدن برای عضو بر اساس تاریخ‌های روی فایل‌های EDI و دوره(های) انتظار مربوطه محاسبه می‌شوند.

8	تعداد کارمندان
<p>Blue Shield از گروه می‌خواهد این تعاریف از «کارمند» را بخواند و با استفاده از تعاریف ارائه شده در زیر، اطلاعات درخواست شده را ارائه کند. ما در تعیین واجد شرایط بودن گروه و کارمند برای پوشش بیمه، به اطلاعات ارائه شده توسط گروه استناد می‌کنیم.</p> <p>1. تمام کارمندان - هر فردی که گروه او را استخدام کرده است، شامل کارمندان تمام‌وقت و پاره‌وقت (6) 29 USC 1002.</p> <p>2. کارمند تمام‌وقت (FTE) و «هم‌ارز FTE» (FTE Equivalent) - کارمند تمام‌وقت (FTE) و «هم‌ارز FTE» در بخش (c)(2) 4980H «آیین‌نامه درآمد داخلی» (Internal Revenue Code) تعریف شده است.</p> <p>FTE کارمندی است که به‌طور متوسط حداقل 30 ساعت خدمات در هفته، یا در مجموع حداقل 130 ساعت خدمات در یک ماه تقویمی دارد.</p> <p>برای تعیین تعداد کارمندان «هم‌ارز FTE»، تعداد ساعات‌های خدمات همه کارمندان غیر FTE در ماه، که البته نباید برای هر کارمند بیشتر از 120 ساعت خدمات باشد، با هم جمع و سپس مجموع به‌دست‌آمده تقسیم بر 120 می‌شود.</p> <p>3. کارمند واجد شرایط - با استفاده از این تعاریف مشخص می‌شود کدام کارمندان جزو واجدین شرایط ثبت نام و تداوم عضویت در پوشش هستند. کارمند واجد شرایط کسی است که:</p> <ul style="list-style-type: none"> • به‌صورت تمام‌وقت برای پیشبرد کسب‌وکار کارفرما مشغول به کار است و هفته کاری عادی او حداقل 30 ساعت است و وظایفش در چنین کاری را در محل‌های معمول کسب‌وکار کارفرما انجام می‌دهد؛ یا • مالک انفرادی یا یکی از شرکا است که به‌صورت تمام‌وقت، حداقل 30 ساعت در هفته در کسب‌وکار کارفرما فعال است و نامش تحت عنوان کارمند در قرارداد طرح مراقبت سلامت کارفرما ذکر شده است. • کارمند واجد شرایط شامل کسانی نمی‌شود که به‌صورت پاره‌وقت، موقت یا نیروی جایگزین کار می‌کنند. 	
8a. تعداد کل کارمندان:	
8b. تعداد کل کارمندان تمام‌وقت واجد شرایط:	
8c. تعداد کل کارمندان واجد شرایط ثبت نام در پوشش بیمه Blue Shield (این قسمت را تا حدی که می‌دانید تکمیل کنید):	
8d. تعداد کل کارمندان واجد شرایطی که پوشش بیمه Blue Shield را رد می‌کنند (این قسمت را تا حدی که می‌دانید تکمیل کنید):	
8e. تعداد کل کارمندان FTE و «هم‌ارز FTE»:	
8f. آیا قصد دارید پوشش بیمه Blue Shield را به کارمندان خارج از ایالت پیشنهاد کنید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر پاسخ مثبت است، تعداد کارمندان در خارج از ایالت چقدر است؟ _____	
<p>مسئولیت جمع‌آوری و نگهداری فرم‌های «امتناع از پوشش بیمه» و همچنین ارائه این فرم‌ها در صورت درخواست Blue Shield بر عهده کارفرما است. اگر هیچ‌یک از طرح‌های درمانی Blue Shield (مثلاً خدمات دندان‌پزشکی، چشم‌پزشکی یا فقط بیمه عمر) پیشنهاد نشود، فرم‌های «امتناع از پوشش بیمه» الزامی نیستند.</p>	
9	<p>9a. آیا پوشش بیمه سلامت به همه کارمندان تمام‌وقت واجد شرایط ارائه می‌شود؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>9b. اگر پاسخ‌تان به سؤال 9a منفی است، لطفاً توضیح دهید:</p> <p>9c. آیا پوشش بیمه سلامت به همه کارمندان تمام‌وقت واجد شرایطی که به‌طور فعال حداقل 30 ساعت در هفته کار می‌کنند ارائه می‌شود؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>9d. اگر پاسخ‌تان به سؤال 9c منفی است، لطفاً توضیح دهید:</p> <p>9e. آیا بازنشستگان واجد شرایط بهره‌مندی از مزایا هستند؟ توجه: گزینه پوشش بیمه بازنشستگان نیاز به تأییدیه قبلی بیمه‌گر دارد. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>9f. اگر پاسخ‌تان به سؤال 9e مثبت است، لطفاً هر موردی را که صدق می‌کند علامت بزنید: <input type="checkbox"/> بازنشستگان پیش‌از موعد زیر 65 سال <input type="checkbox"/> بازنشستگان 65 سال به بالا <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آیا گروه در پوشش بیمه بازنشستگی مشارکت خواهد داشت؟</p> <p>9g. آیا می‌خواهید صورت حساب پوشش بیمه بازنشستگی شما از جمعیت کارمندان فعال شما جدا باشد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>اگر پاسخ مثبت است، اطلاعات تماس و نشانی‌ای را که صورت حساب ماهیانه مربوط به پوشش بازنشستگی باید برای آن ارسال شود ارائه کنید. نشانی ارسال صورت حساب</p> <p>شهر</p> <p>ایالت</p> <p>کد پستی</p> <p>نام رابط</p> <p>نشانی ایمیل</p>
بخش 3 - اطلاعات پوشش بیمه برای تداوم COBRA/Cal-COBRA	
10	<p>اگر تعداد کارکنان شما در طول حداقل 50% از روزهای کاری در سال تقویمی گذشته 20 نفر یا بیشتر بوده باشد، گروه شما تابع قانون فدرال COBRA است. مسئولیت تمامی جنبه‌های اجرای موضوع X (Title X) از Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA)، قانون یکپارچه تلفیق کلیات بودجه) منحصراً بر عهده گروه است.</p> <p>10a. تعداد مشارکت‌کنندگان در COBRA شما در حال حاضر چقدر است؟ _____</p> <p>10b. کارمندان یا مشارکت‌کنندگان در COBRA/Cal-COBRA در صورت معلول یا بستری بودن ملزم هستند «برگه ضمیمه معلولیت» (فرم C11248) را تکمیل کنند. نام مدیر COBRA: _____ صورت حساب عضو COBRA باید به: <input type="checkbox"/> گروه <input type="checkbox"/> مدیر COBRA ارسال شود لطفاً نشانی مدیر COBRA را ارائه دهید: نشانی ارسال صورت حساب</p> <p>شهر</p> <p>ایالت</p> <p>کد پستی</p>

بخش 4a - انتخاب طرح سلامت Blue Shield of California

11		Trio HMO های طرح‌های	
انتخاب طرح اول	انتخاب طرح دوم		
انتخاب طرح سوم	انتخاب طرح چهارم		
*Access+ HMO های طرح‌های			
انتخاب طرح اول	انتخاب طرح دوم		
انتخاب طرح سوم	انتخاب طرح چهارم		
Access+ HMO [®] SaveNet ¹ طرح‌های			
انتخاب طرح اول	انتخاب طرح دوم		
1 محصولات Access+ HMO SaveNet فقط همراه با محصولات Access+ HMO ما در شهرستان‌های برگزیده موجود هستند: شهرستان‌های Kern, Marin, Orange, Sacramento, San Francisco, San Diego و Contra Costa, Los Angeles, Riverside, San Bernardino و بخش‌هایی از شهرستان‌های San Luis Obispo, San Mateo, Santa Clara, Santa Cruz, Sonoma, Stanislaus, Ventura, Yolo.			
Local Access+ HMO ^{® 2} طرح‌های			
انتخاب طرح اول	انتخاب طرح دوم		
2 محصولات Local Access+ HMO فقط در شهرستان‌های برگزیده موجود هستند: شهرستان‌های Marin, Orange, San Francisco, San Luis Obispo, Santa Clara, Santa Cruz, Sonoma, Stanislaus, Yolo و بخش‌هایی از شهرستان‌های Contra Costa, Kern, Los Angeles, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Mateo و Ventura.			
Added Advantage POS SM طرح‌های			
انتخاب طرح اول	انتخاب طرح دوم		
Full PPO/EPO طرح‌های			
انتخاب طرح اول	انتخاب طرح دوم		
انتخاب طرح سوم	انتخاب طرح چهارم		
PPO Savings طرح‌های			
انتخاب طرح اول	انتخاب طرح دوم		
انتخاب طرح سوم	انتخاب طرح چهارم		
Tandem PPO/EPO طرح‌های			
انتخاب طرح اول	انتخاب طرح دوم		
انتخاب طرح سوم	انتخاب طرح چهارم		
Active Choice [®] Plus/Active Choice [®] Classic طرح‌های			
انتخاب طرح اول	انتخاب طرح دوم		
Blue Shield 65 Plus SM طرح‌های			
<input type="checkbox"/> طرح سفارشی («خلاصه مزایای» سفارشی ضمیمه شود)			
12		مشارکت کارفرما برای طرح‌های سلامت Blue Shield الزامی است	
درصد بدهی‌ها/حق بیمه‌های پرداخت شده توسط گروه برای کارمندان و افراد تحت تکفل را وارد کنید. اگر مشارکت گروه 100% باشد، آنگاه همه کارمندان واجد شرایط باید ثبت نام کنند.			
میزان مشارکت کارفرما در طرح درمانی را اینجا مشخص کنید:			
برای کارمندان _____%	برای افراد تحت تکفل _____%	برای کارمندان _____%	برای افراد تحت تکفل _____%
برای بازنشستگان (در صورت وجود) _____%	برای بازنشستگان (در صورت وجود) _____%	برای بازنشستگان (در صورت وجود) _____%	برای بازنشستگان (در صورت وجود) _____%

در صورتی که هریک از گزینه‌های حساب زیر را ارائه می‌کنید، آن را مشخص کنید (همه مواردی را صدق می‌کنند علامت بزنید) و نام مدیر هر برنامه را ارائه کنید. همچنین، هر میزانی را که باید با مشارکت کارفرما تأمین شود مشخص کنید.

نوع حساب	مدیر حساب	میزان مشارکت کارفرما پوشش فردی	میزان مشارکت کارفرما پوشش خانوادگی
Health savings account <input type="checkbox"/> (HSA، حساب پساندازهای سلامت)	HealthEquity (مدل یکپارچه - Blue Shield در تعیین واجدین شرایط و پرداخت مبالغ خسارت سهمیم است) <input type="checkbox"/> • با ثبت نام در طرح درمانی اجباری است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر سرپرست‌های دیگر (گزینه غیریکپارچه) <input type="checkbox"/>	\$	\$
Health reimbursement arrangement <input type="checkbox"/> (HRA، برنامه ریزی بازپرداخت هزینه‌های سلامت)	HealthEquity (مدل یکپارچه - Blue Shield در مشمولیت و مطالبات خسارت سهمیم است) <input type="checkbox"/> • با ثبت نام در طرح درمانی اجباری است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر سرپرست‌های دیگر (گزینه غیریکپارچه) <input type="checkbox"/>	\$	\$
Health incentive account <input type="checkbox"/> (HIA، حساب مشوق سلامت)	HealthEquity (مدل یکپارچه - Blue Shield در تعیین واجدین شرایط و پرداخت مبالغ خسارت سهمیم است) <input type="checkbox"/> • با ثبت نام در طرح درمانی اجباری است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر سرپرست‌های دیگر (گزینه غیریکپارچه) <input type="checkbox"/>	\$	\$
Limited purpose flexible spending account <input type="checkbox"/> (LPFSA، «حساب پرداخت انعطاف‌پذیر هزینه‌ها با اهداف محدود» - دندان پزشکی و چشم پزشکی) فقط با HSA	HealthEquity (مدل یکپارچه - Blue Shield در تعیین واجدین شرایط و پرداخت مبالغ خسارت سهمیم است) <input type="checkbox"/> • با ثبت نام در طرح درمانی اجباری است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر سرپرست‌های دیگر (گزینه غیریکپارچه) <input type="checkbox"/>	\$	\$
Flexible spending account <input type="checkbox"/> (FSA، حساب پرداخت انعطاف‌پذیر هزینه‌ها) <input type="checkbox"/> Medical FSA (درمانی) <input type="checkbox"/> Dependent care FSA <input type="checkbox"/> (FSA مراقبت از افراد تحت تکفل)	HealthEquity (مدل یکپارچه - Blue Shield در تعیین واجدین شرایط و پرداخت مبالغ خسارت سهمیم است) <input type="checkbox"/> • با ثبت نام در طرح درمانی اجباری است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر Ceridian (اطلاعات به صورت دستی وارد می‌شود) <input type="checkbox"/> سرپرست‌های دیگر (گزینه غیریکپارچه) <input type="checkbox"/>	\$	\$

انتخاب مزایای اختیاری Blue Shield of California

- بدون طرح درمانی قابل خرید نیست.
- برای بسته‌های «Dual Choice»، مزایای اختیاری یکسانی باید برای همه طرح‌های انتخاب شده خریداری شوند.
- نوع محصول الحاقیه باید مطابق با نوع محصول طرح درمانی باشد - فقط HMO به HMO و غیره.

الحاقیه نایابوری - انتخاب نوع(های) طرح:	انتخاب گزینه(های) طرح:
انتخاب نوع طرح	انتخاب گزینه طرح
انتخاب نوع طرح	انتخاب گزینه طرح
انتخاب نوع طرح	انتخاب گزینه طرح
الحاقیه‌های ماساژدرمانی و طب سوزنی - انتخاب نوع طرح:	
انتخاب گزینه طرح	
الحاقیه سمک - انتخاب نوع(های) طرح:	
انتخاب گزینه طرح	
انتخاب گزینه طرح	
انتخاب گزینه طرح	
گزینه‌های طرح داروهای نسخه‌ای سرپایی Blue Shield of California (برای HMO/POS موجود است)	
طرح دارویی Rx (Basic Rx) مناسب را انتخاب کنید: ¹	
انتخاب گزینه 1	انتخاب گزینه 2
انتخاب گزینه 3	انتخاب گزینه 4
طرح دارویی Rx (Premier Rx یا Enhanced Rx) مناسب را انتخاب کنید: ¹	
انتخاب گزینه 1	انتخاب گزینه 2
انتخاب گزینه 3	انتخاب گزینه 4
طرح دارویی Rx (Rx Spectrum) مناسب را انتخاب کنید: ¹	
انتخاب گزینه 1	انتخاب گزینه 2
انتخاب گزینه 3	انتخاب گزینه 4

1 داروهای ردیف 4، شامل داروهای تخصصی، 20% تا سقف \$250.

گزینه‌های طرح داروهای نسخه‌ای سرپایی Blue Shield of California (برای طرح‌های EPO، PPO و Active Choice® و Classic® و Active Choice® Plus موجود است)

طرح دارویی Rx (Enhanced Rx یا Premier Rx) مناسب را انتخاب کنید¹:

انتخاب گزینه 1	انتخاب گزینه 2
انتخاب گزینه 3	انتخاب گزینه 4
طرح دارویی Rx (Rx Spectrum) مناسب را انتخاب کنید ¹ :	
انتخاب گزینه 1	انتخاب گزینه 2
انتخاب گزینه 3	انتخاب گزینه 4
1 داروهای ردیف 4، شامل داروهای تخصصی، 30% حداکثر تا سقف \$250.	

بخش 4b - طرح سلامت Blue Shield Life* و گزینه‌های طرح داروهای نسخه‌ای سرپایی*

تمام کادراهایی را که صدق می‌کنند علامت بزنید:

طرح‌های Active Choice*

انتخاب طرح اول [فهرست طرح‌ها]	انتخاب طرح دوم [فهرست طرح‌ها]
در زیر، گزینه کاستنتی (سهم بیمه‌گذار) داروخانه در یک سال تقویمی را انتخاب کنید: <input type="checkbox"/> \$0 برای هر نفر <input type="checkbox"/> \$150 برای هر نفر <input type="checkbox"/> \$250 برای هر نفر	
در زیر، یکی از گزینه‌های طرح دارویی Rx را انتخاب کنید:	
انتخاب طرح اول [فهرست طرح‌ها]	انتخاب طرح دوم [فهرست طرح‌ها]
1 داروهای ردیف 4، شامل داروهای تخصصی، 30% حداکثر تا سقف تا \$250.	
C17607-ML-MED-FA	
الحاقیه‌های اختیاری طرح Blue Shield Life Health*	
سمعک:	
آیا گروه مایل به افزودن الحاقیه سمعک است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
ناباروری	
یکی از الحاقیه‌های ناباروری را انتخاب کنید:	
گزینه را انتخاب کنید [فهرست گزینه‌ها]	
* توسط Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) بیمه شده است.	

بخش SB1 - گزینه‌های طرح دندان پزشکی Blue Shield of California:

15	گروه می‌تواند یکی از گزینه‌های طرح زیر را انتخاب کند: <input type="checkbox"/> گزینه طرح دندان پزشکی منفرد <input type="checkbox"/> گزینه‌های طرح دندان پزشکی دو گزینه‌ای • 2 DPPO • 2 DHMO • 1 DPPO + 1 DHMO
	Dental HMO
	انتخاب طرح اول
	انتخاب طرح دوم
	Dental PPO
	انتخاب طرح اول
	انتخاب طرح دوم
16	مشارکت کارفرما برای طرح‌های دندان پزشکی الزامی است درصد بدهی‌ها/حق بیمه‌های پرداخت شده توسط گروه برای کارمندان و افراد تحت تکفل را وارد کنید. برای پوشش خدمات دندان پزشکی، کارفرما باید به میزان حداقل 50% در حق بیمه کارمند مشارکت داشته باشد (به جز حالت داوطلبانه). اگر 100% پرداخت شود، همه کارمندان واجد شرایط باید ثبت نام کنند. میزان مشارکت کارفرما در طرح دندان پزشکی را اینجا مشخص کنید:
	برای کارمندان _____% برای بازنشستگان (در صورت وجود) _____%
	برای افراد تحت تکفل _____% برای افراد تحت تکفل بازنشستگان (در صورت وجود) _____%

بخش SB2 - پوشش خدمات چشم پزشکی*

انتخاب طرح اول	انتخاب طرح دوم
خدمات داوطلبانه چشم پزشکی*	
انتخاب طرح اول	انتخاب طرح دوم
<p>* توسط Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) بیمه شده است. † طرح چشم پزشکی داوطلبانه نیازمند ثبت نام حداقل 10 کارمند با پوشش بیمه درمانی Blue Shield Life یا 25% از کارمندان واجد شرایط است که فاقد پوشش بیمه درمانی Blue Shield Life هستند. CI7607-ML-SB-FA</p>	
<p>18 مشارکت کارفرما برای طرح های چشم پزشکی الزامی است درصد حق بیمه پرداخت شده توسط گروه برای کارمندان و افراد تحت تکفل را وارد کنید. برای پوشش خدمات چشم پزشکی، کارفرما باید در حداقل 25% از کل حق بیمه کارمند مشارکت داشته باشد (به جز حالت داوطلبانه). اگر 100% پرداخت شود، همه کارمندان واجد شرایط باید ثبت نام کنند. میزان مشارکت کارفرما در طرح چشم پزشکی را اینجا مشخص کنید:</p> <p>برای کارمندان _____% برای بازنشستگان (در صورت وجود) _____%</p> <p>برای افراد تحت تکفل _____% برای افراد تحت تکفل بازنشستگان (در صورت وجود) _____%</p>	
بخش SB3 - بیمه عمر/بیمه «فوت و نقص عضو ناشی از حادثه» (AD&D)*	
<p>19 واجدین شرایط - همه کارمندان تمام وقت بیمه عمر/AD&D کارمند: <input type="checkbox"/> مبلغ ثابت \$ _____ <input type="checkbox"/> چند برابر حقوق _____ برابر حقوق، حداکثر _____ \$ مبلغ مزایای تعیین شده توسط حقوق به مبلغ بالای بعدی از مرتبه \$1,000 گورد می شود. <input type="checkbox"/> درجه بندی شده: 1 توضیح درجه _____ مبلغ برحسب \$ _____ 2 توضیح درجه _____ مبلغ برحسب \$ _____ 3 توضیح درجه _____ مبلغ برحسب \$ _____ 4 توضیح درجه _____ مبلغ برحسب \$ _____ <input type="checkbox"/> بیمه عمر افراد تحت تکفل: انتخاب مبلغ مبلغ ذکر شده برای پوشش بیمه افراد تحت تکفل برای هر فرد تحت تکفل است و این پوشش فقط برای کارمندان قابل استفاده است که بیمه عمر را نیز انتخاب کرده اند. مزایای فرد تحت تکفل نمی تواند بیشتر از 50% مزایای کارمند باشد. مزایای کودکان 14 روزه تا 6 ماهه به اندازه 10% مزایای فرد تحت تکفل است.</p>	
<p>20 مشارکت کارفرما برای بیمه عمر الزامی است درصد حق بیمه پرداخت شده توسط گروه برای کارمندان و افراد تحت تکفل را وارد کنید. برای پوشش بیمه عمر، کارفرما باید در حداقل 25% از کل حق بیمه کارمند مشارکت داشته باشد. اگر 100% توسط کارفرما پرداخت شود (تسهیم نشده)، همه کارمندان واجد شرایط باید ثبت نام کنند. میزان مشارکت بیمه عمر را اینجا مشخص کنید:</p> <p>برای کارمندان _____% برای بازنشستگان (در صورت وجود) _____%</p> <p>برای افراد تحت تکفل _____% برای افراد تحت تکفل بازنشستگان (در صورت وجود) _____%</p>	
<p>21 بیمه عمر تکمیلی و بیمه AD&D تکمیلی گروه*: پوشش بیمه منوط به میزان مشارکت و «گواهینامه بیمه پذیری» است. بیمه عمر تکمیلی و بیمه AD&D تکمیلی کارمند (تمام مواردی را که صدق می کنند علامت بزنید): <input type="checkbox"/> بیمه عمر تکمیلی <input type="checkbox"/> بیمه AD&D تکمیلی درجه (های) واجد شرایط _____ <input type="checkbox"/> «تمام کارمندان واجد شرایط» یا <input type="checkbox"/> سایر _____ <input type="checkbox"/> افزایش به مبلغ _____ \$ <input type="checkbox"/> چند برابر حقوق: _____ برابر حقوق حداکثر _____ \$ دریافتی تضمینی _____ \$ بیمه عمر تکمیلی و بیمه AD&D تکمیلی همسر/هم خانه. فقط در صورتی موجود است که کارمند «بیمه عمر تکمیلی» را نیز انتخاب کند و نمی تواند بیشتر از 50% میزان مزایای کارمند باشد (تمام مواردی را که صدق می کنند علامت بزنید): <input type="checkbox"/> بیمه عمر تکمیلی <input type="checkbox"/> بیمه AD&D تکمیلی افزایش به اندازه _____ \$ تا سقف _____ \$ دریافتی تضمینی _____ \$ بیمه عمر تکمیلی و بیمه AD&D تکمیلی فرزندان. فقط در صورتی موجود است که کارمند «بیمه عمر تکمیلی» و «بیمه AD&D تکمیلی» را نیز خریداری کند و نباید بیشتر از 50% مبلغ مزایای کارمند باشد (تمام مواردی را که صدق می کنند علامت بزنید): <input type="checkbox"/> بیمه عمر تکمیلی <input type="checkbox"/> بیمه AD&D تکمیلی افزایش به اندازه _____ \$ تا سقف _____ \$</p> <p>CI7607-ML-SB-FA * توسط Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) بیمه شده است.</p>	

بخش 5 - توزیع «سند پوشش بیمه»/ «گواهینامه بیمه» (EOC/COI) در بین اعضا توسط کارفرما

22

مسئولیت توزیع کتابچه‌های EOC/COI در بین کارمندان تحت پوشش شما بر عهده خودتان است.

نسخه‌های الکترونیکی از طریق وبسایت کارفرمای Blue Shield توزیع می‌شوند. وقتی EOC/COI آماده توزیع شد، Blue Shield از طریق ایمیل به اشخاص مسئول توزیع EOC/COI، که در بخش 1 و 6 فوق مشخص شده‌اند، اطلاع می‌دهد. کارفرما مسئول توزیع این اسناد با استفاده از یکی از روش‌های زیر است: (1) پست کردن در اینترنت شرکت برای دسترسی کارمندان، (2) ایمیل کردن این اسناد به کارمندان به صورت مستقیم، یا (3) ارائه دستورالعمل‌های Blue Shield درباره نحوه بازیابی الکترونیکی اسناد از وبسایت Blue Shield به کارمندان.

توجه: می‌توانید وارد blueshieldca.com/policies شوید و نسخه‌ای از خلاصه مزایا و پوشش بیمه (SBC) را برای هرکدام از طرح‌های مدنظرتان دانلود کنید. پس از خرید طرح(ها)، از شما خواسته می‌شود شهادت‌نامه‌ای را تکمیل کنید که تصدیق می‌کند شما SBC(ها) را برای آن طرح‌ها دانلود کرده‌اید و آنها را مطابق با قانون، بین ثبت‌نام‌کنندگان فعلی و ثبت‌نام‌کنندگان آتی پخش خواهید کرد.

پرداخت (چک سپرده - این مبلغ برای حق بیمه ماه اول اعمال خواهد شد)

23

گروه مذکور در این سند موافقت می‌کند تا سپرده اولیه‌ای را بر اساس ثبت‌نام مورد انتظار Blue Shield منظور کند و با در نظر گرفتن تأیید درخواستی که خواهد کرد و در صورت چنین تأییدی متعهد می‌شود هرگونه مبلغ لازم را که به منزله پرداخت کامل اولیه برای مزایای گروه مندرج در این فرم است به شیوه مناسبی به این شرکت پرداخت کند. گروه مطلع است که تا زمانی که درخواست به تأیید نرسیده و شرایط پوشش بیمه توسط کارفرما پذیرفته نشده باشند، این پوشش بیمه آغاز نمی‌شود.

لطفاً توجه داشته باشید که به حساب گذاشتن چک گروه به منزله تأیید درخواست گروه نیست. اگر درخواست گروه رد شود، Blue Shield of California مبلغ سپرده گروه را به طور کامل مسترد می‌کند.

توافقنامه

24

بدین وسیله درخواست این گروه برای بهره‌مندی از محصولات گروهی انتخاب‌شده در این درخواست‌نامه، مانند طرح‌های مزیتی مندرج در چکیده(های) مزایا با آگاهی نسبت به موارد زیر و موافقت با آنها است:

1. مزایای گروه اجرایی نخواهد شد، مگر اینکه:

a. Blue Shield درخواست را دریافت و تأیید کند؛ و

b. گروه واجد الزامات بیمه‌گری Blue Shield، شامل الزامات حداقلی مربوط به مشارکت و سهم مشارکت (حق بیمه گروه) فقط هنگام تمدید الزامی هستند.)

2. گروه موافقت می‌کند که حق بیمه/بدهی‌های ماهیانه را به موقع به Blue Shield پرداخت کند.

3. گروه موافقت می‌کند که:

a. اگر «بیمه‌نامه گروه/قرارداد خدمات سلامت» بر مبنای غیرمشارکتی صادر شده باشد؛ تمام کارمندان را به محض واجد شرایط شدن ثبت‌نام کند، یا

b. اگر «بیمه‌نامه گروه/قرارداد خدمات سلامت» بر مبنای مشارکتی صادر شده باشد، فرصتی در اختیار تمام کارمندان واجد شرایط قرار دهد تا برای این مزایای گروه درخواست کنند.

4. جز با موافقت و امضای متصدی Blue Shield، هیچ مورد چشم‌پوشی یا تغییر درخواستی در پوشش بیمه اجرایی نخواهد شد.

5. فقط برای محصولات بیمه عمر/ AD&D: کارمندان ثبت‌نام‌شده باید قبل از اجرایی شدن پوشش بیمه برای آنها به طور فعال در حال کار باشند یا شرایط آنها مطابق با شروط اشتغال فعال برای پوشش بیمه باشد. پوشش بیمه برای هر شخصی که شرایطش در روز اجرایی شدن «بیمه‌نامه گروه» مطابق با این شروط نیست، یا هرگونه افزایش در پوشش بیمه برای هر شخصی که شرایطش در روز اجرایی شدن این افزایش در پوشش مطابق با این شروط نیست، به زمان بازگشت شخص به محل کار یا اشتغال فعال او موکول خواهد شد.

6. گروه موافقت می‌کند و به Blue Shield اجازه می‌دهد که همه مکاتبات تجاری را از طریق ارتباطات الکترونیکی ارسال کند. Blue Shield از طریق ایمیل به رابط گروه، که در بخش 1 و 6 فوق مشخص شده است، اطلاع خواهد داد. شکل‌های دیگر ارتباط فقط پس از درخواست مستقیم انجام خواهد شد. کارفرمایانی که درخواست مکاتبات پستی دارند ممکن است متحمل هزینه‌های اضافی شوند.

گروه آگاهانه با دریافت مکاتبات الکترونیک از Blue Shield موافقت می‌کند.

مجوز و امضا

25

بخش مجوز زیر باید توسط نماینده/رابط اصلی گروه امضا شود.

این درخواستی برای پوشش بیمه است. گروه آگاه است که تا زمانی که Blue Shield بررسی‌اش را به پایان نرساند و پذیرش درخواست را به اطلاع متقاضی یا واسطه بیمه متقاضی نرساند و قرارداد خدمات سلامت گروه صادر نشده است، هیچ قراردادی برای پوشش بیمه وجود ندارد. نماینده گروه، تا حدی که می‌داند و باور دارد درست است، شهادت می‌دهد تمام پاسخ‌های ارائه‌شده در این درخواست‌نامه صادقانه، صحیح و کامل هستند. گروه آگاه هست که اگر مرتکب کلاهبرداری شده باشد یا هریک از حقایق مادی مرتبط با این درخواست‌نامه را عمداً اشتباه جلوه داده باشد، Blue Shield of California می‌تواند یکی از اقدامات جبرانی زیر را ظرف 24 ماه اول پوشش بیمه انجام دهد: ممکن است پوشش بیمه لغو شود، یا حق بیمه/بدهی مربوطه تعدیل شود، یا «بیمه‌نامه گروه/قرارداد خدمات سلامت» با اطلاع قبلی فسخ شود.

تا حدی که می‌دانم و باور دارم درست است، شهادت می‌دهم تمام پاسخ‌های ارائه‌شده فوق صادقانه، صحیح و کامل هستند.

امضای نماینده مجاز گروه

نام و عنوان (با حروف درشت لطفاً)

تاریخ

اطلاعات واسطه بیمه (باید توسط واسطه بیمه یا نماینده عمومی تکمیل شود. تمام اطلاعات الزامی است.)

نام شرکت واسطه بیمه اصلی			26
نام واسطه بیمه اصلی		شماره تلفن واسطه بیمه اصلی	
نشانی دفتر واسطه بیمه اصلی			
شهر	ایالت	کد پستی	
ایمیل واسطه بیمه اصلی			
شماره شناسایی مالیاتی واسطه بیمه اصلی			
شماره جواز Department of Insurance (اداره بیمه) واسطه بیمه اصلی			
نام شرکت واسطه بیمه ثانویه			
نام واسطه بیمه ثانویه		شماره تلفن واسطه بیمه ثانویه	
نشانی دفتر واسطه بیمه ثانویه			
شهر	ایالت	کد پستی	
ایمیل واسطه بیمه ثانویه			
شماره شناسایی مالیاتی واسطه بیمه ثانویه			
شماره جواز Department of Insurance (اداره بیمه) واسطه بیمه ثانویه			
نام واسطه بیمه با حروف درشت	امضای واسطه بیمه اصلی (الزامی)	تاریخ امروز (الزامی)	
نام واسطه بیمه با حروف درشت و خوانا	امضای واسطه بیمه ثانویه (در صورت وجود)	تاریخ امروز (الزامی)	
شماره شناسایی مالیاتی نمایندگی عمومی			27
نام نمایندگی عمومی			
نام نماینده عمومی با حروف درشت	امضای نماینده عمومی مجاز (الزامی)	تاریخ امروز (الزامی)	



NOTICES AVAILABLE ONLINE

Nondiscrimination and Language Assistance Services

Blue Shield complies with applicable state and federal civil rights laws. We also offer language assistance services at no additional cost.

View our nondiscrimination notice and language assistance notice: blueshieldca.com/notices. You can also call for language assistance services: **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

If you are unable to access the website above and would like to receive a copy of the nondiscrimination notice and language assistance notice, please call Customer Care at **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

Servicios de asistencia en idiomas y avisos de no discriminación

Blue Shield cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables. También, ofrecemos servicios de asistencia en idiomas sin costo adicional.

Vea nuestro aviso de no discriminación y nuestro aviso de asistencia en idiomas en blueshieldca.com/notices. Para obtener servicios de asistencia en idiomas, también puede llamar al **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

Si no puede acceder al sitio web que aparece arriba y desea recibir una copia del aviso de no discriminación y del aviso de asistencia en idiomas, llame a Atención al Cliente al **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

非歧視通知和語言協助服務

Blue Shield 遵守適用的州及聯邦政府的民權法。同時，我們免費提供語言協助服務。

如需檢視我司的非歧視通知和語言幫助通知，請造訪 blueshieldca.com/notices。您還可致電尋求語言協助服務：**(866) 346-7198 (TTY: 711)**。

如果您無法造訪上述網站，且希望收到一份非歧視通知和語言幫助通知的副本，請致電客戶服務部，電話：**(888) 256-3650 (TTY: 711)**。