



Форма запроса индивидуальной регистрации на 2025 год

Кто может использовать эту форму?

Люди с Medicare, которые хотят присоединиться к плану Medicare Advantage

Чтобы присоединиться к плану, вам необходимо:

- Быть гражданином США или находиться в США на законных основаниях
- Проживать в зоне обслуживания плана

Важно: Чтобы присоединиться к плану Medicare Advantage, вам необходимо иметь:

- Medicare, часть А (больничное страхование)
- Medicare, часть В (медицинское страхование)

Когда использовать эту форму?

Вы можете присоединиться к плану:

- Ежегодно с 15 октября по 7 декабря (для покрытия, начинающегося с 1 января)
- В течение 3 месяцев с момента первого получения Medicare
- В определенных ситуациях, когда вам разрешено присоединиться или сменить план
- Лицам, имеющим право на двойную страховку, разрешается один раз в месяц регистрироваться в FIDE SNP, AIP или Original Medicare с PDP. Регистрация вступит в силу первого числа следующего месяца.

Посетите **Medicare.gov**, чтобы узнать больше о том, когда вы можете зарегистрироваться в плане.

Что мне нужно для заполнения этой формы?

- Ваш номер Medicare (номер на вашей красно-бело-синей карте Medicare)
- Ваш постоянный адрес и номер телефона

Примечание: Вам необходимо выполнить все пункты Раздела 1. Пункты Раздела 2 являются необязательными – вам не может быть отказано в страховании, если вы их не заполните.

Напоминания:

- Если вы хотите присоединиться к плану во время осенней открытой регистрации (15 октября – 7 декабря), план должен получить заполненную форму до 7 декабря.

- Ваш план отправит вам счет на оплату страхового взноса. Вы можете подписаться на списание страховых взносов с вашего банковского счета или на вычет из ежемесячного пособия социального страхования (или пособия Railroad Retirement Board (RRB, Совет по пенсионному обеспечению железнодорожных работников)).

Что дальше?

Отправьте заполненную и подписанную форму по электронной почте, почте или по факсу:

Эл. почта: WHMembership@blueshieldca.com

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

Факс: (877) 251-3660

Как только они обработают ваш запрос на присоединение, они свяжутся с вами.

Как мне получить помощь с заполнением этой формы?

Позвоните своему авторизованному агенту или представителю Blue Shield по номеру **(888) 534-4263**. Пользователи TTY набирают **711**. Или позвоните в Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователи TTY набирают 1-877-486-2048.

En español: Llame a su Agente Autorizado o a su Representante de Blue Shield al **(888) 534-4263**. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al **711** o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Лица без постоянного места жительства

- Если вы хотите присоединиться к плану, но не имеете постоянного места жительства, вашим адресом постоянного проживания может считаться почтовый ящик, адрес приюта или клиники или адрес, по которому вы получаете почту (например, чеки социального страхования).

Согласно Paperwork Reduction Act (PRA, Закон о сокращении канцелярской работы) 1995 года, ни одно лицо не обязано реагировать на сбор информации, если для него не указан действительный контрольный номер Office of Management and Budget (OMB, Административно-бюджетное управление). Действительный контрольный номер OMB для этого сбора информации: 0938-1378. Время, необходимое для заполнения этой информации, оценивается в среднем в 20 минут на один ответ, включая время на просмотр инструкций, поиск существующих ресурсов данных, сбор необходимых данных, а также завершение и проверку сбора информации. Если у вас есть какие-либо комментарии относительно точности оценки времени или предложения по улучшению этой формы, пишите по адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

ВАЖНО

Не отправляйте эту форму или какие-либо документы с вашей личной информацией (например, претензии, платежи, медицинские записи и т. д.) в PRA Reports Clearance Office (отдел оформления отчетов PRA). Любые полученные нами материалы, не относящиеся к улучшению этой формы или ее бремени сбора (описанного в OMB 0938-1378), будут уничтожены. Она не будет сохраняться, просматриваться или пересылаться в план. Смотрите «Что дальше?» на этой странице, чтобы отправить заполненную форму в план.

Раздел 1. Все поля в этом разделе являются обязательными (если только поле не отмечено как необязательное).

Выберите план, к которому вы хотите присоединиться:

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

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

Фамилия:	Имя:	Второй инициал: (необязательно)
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):	Пол: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	
Телефон:	Тип телефона: <input type="checkbox"/> Стационарный <input type="checkbox"/> Мобильный	

Адрес постоянного места жительства (не вводите почтовый ящик. Примечание: для лиц без постоянного места жительства почтовый ящик может считаться адресом постоянного места жительства):

Адрес:

Город: Штат: Почтовый индекс:

Почтовый адрес, если он отличается от вашего постоянного адреса (можно вводить почтовый ящик):

Адрес:

Город: Штат: Почтовый индекс:

Информация о вашей программе Medicare:

Номер Medicare:

Ответьте на эти важные вопросы:

Будет ли у вас другое покрытие рецептурных препаратов (например, VA, TRICARE) в дополнение к Blue Shield TotalDual Plan? Да Нет

Покрытие рецептурных препаратов:

Название другого покрытия:

Номер участника для этого покрытия:

Номер группы для этого покрытия:

Медицинское покрытие:

Название другого покрытия:

Номер участника для этого покрытия:

Номер группы для этого покрытия:

Зарегистрированы ли вы в программе Medicaid (Medi-Cal) штата? Да Нет
Если да, укажите свой номер Medicaid (Medi-Cal) (обязательно):

ВАЖНО: Прочтите и подпишитесь ниже:

- Чтобы оставаться в Blue Shield TotalDual Plan, мне необходимо сохранить как больничное страхование (Часть А), так и медицинское (Часть В).
- Присоединяясь к этому плану Medicare Advantage, я подтверждаю, что мой Blue Shield TotalDual Plan будет передавать мою информацию Medicare, которая может использовать ее для отслеживания моего участия, осуществления платежей и для других целей, разрешенных федеральным законом, которые разрешают сбор этой информации (см. Privacy Act Statement (Положение Закона о конфиденциальности) ниже). Ваш ответ на эту форму является добровольным. Однако отсутствие ответа может повлиять на регистрацию в плане.
- Я понимаю, что я могу быть зарегистрирован(-а) только в один план МА одновременно, и что регистрация в этом плане автоматически завершит мою регистрацию в другом плане МА (исключения применяются для планов МА PFFS и МА MSA).
- Я понимаю, что с момента начала действия моего страхового покрытия по Blue Shield TotalDual Plan я должен(-на) получить все свои медицинские льготы и льготы на препараты, отпускаемые по рецепту, в рамках этого Blue Shield TotalDual Plan. Льготы и услуги, предоставляемые моим Blue Shield TotalDual Plan и содержащиеся в документе *Evidence of Coverage* (ЕОС, Подтверждение страхового покрытия) моего Blue Shield TotalDual Plan (также известном как договор участника или абонентское соглашение). Ни Medicare, ни Blue Shield TotalDual Plan не будут оплачивать льготы или услуги, которые не покрываются страховкой.
- 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 моя подпись (или подпись лица, имеющего законное право действовать от моего имени) 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 выполнить регистрацию, и
 - 2) Документация об этих полномочиях может быть получена по запросу Medicare.

Подпись:	Сегодняшняя дата (ММ/ДД/ГГГГ):
-----------------	---------------------------------------

Если вы уполномоченный представитель, подпишите выше и заполните эти поля.

Имя:

Адрес:

Город:

Штат: Почтовый индекс:

Телефон:

Отношение к регистрируемому:

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) | <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) | <input type="checkbox"/> Я предпочитаю не отвечать. |

Какая ваша раса? Выберите все, что подходит.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Американский индеец (индианка) 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(-анка) | <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"/> белокожий(-ая) |
| <input type="checkbox"/> кореец(-янка) | <input type="checkbox"/> Я предпочитаю не отвечать. |
| <input type="checkbox"/> вьетнамец(-ка) | |
| <input type="checkbox"/> другой(-ая) азиат(-ка) | |

Укажите свой пол.

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Женщина | <input type="checkbox"/> Я использую другой термин: _____ |
| <input type="checkbox"/> Мужчина | <input type="checkbox"/> Я предпочитаю не отвечать |
| <input type="checkbox"/> Небинарный | |

Что из перечисленного лучше всего отражает то, как вы думаете о себе? (выберите одно)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Лесбиянка или гей | <input type="checkbox"/> Я использую другой термин: _____ |
| <input type="checkbox"/> Натурал, то есть не гей и не лесбиянка. | <input type="checkbox"/> Я не знаю |
| <input type="checkbox"/> Бисексуальный | <input type="checkbox"/> Я предпочитаю не отвечать |

Выберите один, 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 один, если хотите, чтобы мы отправили вам информацию в доступном формате.

- Шрифт Брайля Крупный шрифт Аудио компакт-диск 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.

Вы работаете? Да Нет Работает ли ваш(-а) супруг(-а)? Да Нет

Укажите своего семейного врача (PCP), клинику или медицинский центр:

Название (имя) врача, клиники или медицинского центра:

Идентификатор врача, клиники или медицинского центра:

Название группы врача, клиники или медицинского центра:

Текущий пациент? Да Нет

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.

Оплата страховых взносов по вашему плану

Вы можете ежемесячно 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 пособия Railroad Retirement Board (RRB) 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 необходимо платить ежемесячную корректирующую сумму, связанную с доходом по Части D (Часть D-IRMAA), вы должны заплатить эту дополнительную сумму вдобавок к страховому взносу по плану. Эта сумма обычно вычитается из вашего пособия социального страхования, или вы можете получить счет от Medicare (или RRB). НЕ платите Часть D-IRMAA Blue Shield of California.

Для лиц, помогающих регистрируемым только с заполнением этой формы

Заполните этот раздел, если вы являетесь физическим лицом (т. е. консультантом State Health Insurance Program (SHIP, Программа медицинской помощи штата), членом семьи или другим третьим лицом), помогающим регистрируемому лицу заполнить эту форму.

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

Информация о подписывающем агенте:

*Обозначает обязательное поле.

Название назначенного агентства: _____
(введите название назначенного агентства)

Налоговый номер назначенного агентства*: _____
(введите налоговый номер назначенного агентства)

Имя подписывающего агента*: _____
(введите имя подписывающего агента)

Индивидуальный NPN подписывающего агента*: _____
(введите индивидуальный NPN подписывающего агента)

Номер телефона подписывающего агента: _____

Адрес электронной почты подписывающего агента: _____

Дата получения заявления подписывающим агентом: _____

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. Регистрация в Blue Shield of California зависит от продления контракта.

Положение Закона о конфиденциальности

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Центры услуг Medicare и Medicaid) собирают информацию из планов Medicare для отслеживания регистрации бенефициаров в планах Medicare Advantage (MA), улучшения ухода и выплаты пособий Medicare. Разделы 1851 Social Security Act (Закон о социальном обеспечении) и статья 42 свода федеральных правил (CFR), §§ 422.50 и 422.60 разрешают сбор этой информации. CMS может использовать, раскрывать и обмениваться данными о регистрации бенефициаров Medicare, как указано в уведомлении системы учета (SORN) «Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)», номер системы 09-70-0588. Ваш ответ на эту форму является добровольным. Однако отсутствие ответа может повлиять на регистрацию в плане.

Как правило, вы можете зарегистрироваться в плане Medicare Advantage только в течение ежегодного периода регистрации с 15 октября по 7 декабря каждого года.

Существуют исключения, когда вы можете зарегистрироваться в плане Medicare Advantage за пределами этого периода.

Пожалуйста, внимательно прочитайте следующие утверждения и установите флажок, если они относятся к вам. Установив любой из следующих флажков, вы подтверждаете, что, насколько вам известно, вы имеете право воспользоваться Периодом регистрации. Если позже мы определим, что эта информация неверна, вас могут исключить из участия.

- Я новичок в Medicare.
- Я зарегистрирован(-а) в плане Medicare Advantage и хочу внести изменения в течение периода открытой регистрации плана Medicare Advantage (MA OEP).
- Я недавно переехал(-а) за пределы зоны обслуживания моего текущего плана или недавно переехал(-а) и этот план является для меня новым вариантом. Я переехал(-а) (укажите дату ММ/ДД/ГГГГ)
_____.
- Недавно меня выпустили из-под стражи. Меня выпустили из-под стражи (укажите дату ММ/ДД/ГГГГ)
_____.
- Недавно я вернулся(-ась) в США после постоянного проживания за пределами США. Я вернулся(-ась) в США (укажите дату ММ/ДД/ГГГГ)
_____.
- Недавно я получил(-а) статус законного присутствия в США. Я получил(-а) этот статус (укажите дату ММ/ДД/ГГГГ)
_____.
- Недавно у меня произошло изменение в моей программе Medicaid (я новичок в Medicaid, изменился уровень помощи Medicaid или я потерял(-а) Medicaid) (укажите дату ММ/ДД/ГГГГ)
_____.
- Недавно у меня была изменена Extra Help (дополнительная помощь) по оплате рецептурных препаратов Medicare (я снова получил(-а) Extra Help, изменился уровень Extra Help или потерял(-а) Extra Help) (укажите дату ММ/ДД/ГГГГ)
_____.
- У меня есть как Medicare, так и Medicaid (или мой штат помогает оплачивать мои страховые взносы Medicare), или я получаю Extra Help в оплате страхового покрытия рецептурных препаратов Medicare, но у меня не было изменений.

- Я переезжаю в, живу в или недавно покинул(-а) учреждение долгосрочного ухода (например, дом престарелых или учреждение длительного ухода). Я переехал(-а)/перееду в/из учреждения (укажите дату ММ/ДД/ГГГГ)
- _____.
- Я недавно покинул(-а) программу Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, Программа комплексного ухода за пожилыми людьми) (укажите дату ММ/ДД/ГГГГ)
- _____.
- Я недавно невольно потерял(-а) страховку на рецептурные препараты (покрытие такое же хорошее, как и у Medicare). Я потеряла страховку на препараты (укажите дату ММ/ДД/ГГГГ)
- _____.
- Прекратилось действие страхового покрытия работодателя или профсоюза (укажите дату ММ/ДД/ГГГГ)
- _____.
- Я участвую в программе помощи аптекам, предоставляемой моим штатом.
- Мой план прекращает действие договора с Medicare, или Medicare прекращает действие договора с моим планом.
- Я был(-а) зарегистрирован(-а) в плане Medicare (или моего штата), и я хочу выбрать другой план. Мое участие в этом плане началось (укажите дату ММ/ДД/ГГГГ)
- _____.
- Я зарегистрировался(-ась) в Special Needs Plan (SNP, план особых потребностей), но теперь я не отвечаю требованиям, необходимым для участия в плане. Меня исключили из SNP (укажите дату ММ/ДД/ГГГГ)
- _____.
- На меня повлияла чрезвычайная ситуация или крупная катастрофа (как было заявлено Federal Emergency Management Agency (FEMA, Федеральное агентство по чрезвычайным ситуациям) или федеральным, государственным или местным органом власти. Одно из других утверждений здесь относилось ко мне, но я не смог(-ла) подать запрос на регистрацию из-за катастрофы).
- Я пропустил(-а) начальный период выборов (IEP)
- Я пропустил(-а) ежегодный период регистрации (AEP)
- Я участвую в плане, который недавно был передан государственному или территориальному регулирующему органу из-за финансовых проблем. Я хочу перейти на другой план.
- У меня план, рейтинг которого за последние 3 года был менее 3 звезд. Я хочу присоединиться к плану с рейтингом 3 звезды или выше.
- Я новичок в Medicare И право на Medicare было получено задним числом, поэтому меня уведомили о получении Medicare после даты вступления в силу моих Частей А и/или В.

Если ни одно из этих утверждений к вам не относится или вы не уверены, свяжитесь с Blue Shield of California по телефону **(888) 534-4263 (TTY: 711)** или с уполномоченным агентом, чтобы узнать, имеете ли вы право на регистрацию. Мы открыты с 8:00 до 20:00 семь дней в неделю с 1 октября по 31 марта и с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу с 1 апреля по 30 сентября.