

Форма прекращения участия в программе Blue Shield of California Medicare Advantage

Если вы запрашиваете выход из плана, вы должны продолжать получать все медицинские услуги в рамках Blue Shield Medicare Advantage Plan до даты вступления в силу выхода из плана. Свяжитесь с нами, чтобы подтвердить свое прекращение участия, прежде чем обращаться за медицинскими услугами за пределами сети Blue Shield Medicare Advantage Plan. Мы сообщим вам о дате вступления в силу после того, как мы получим эту форму от вас.

Номер участника

Фамилия	Имя	Второй инициал
---------	-----	----------------

Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)	Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
----------------------------	---

Домашний телефон:

Пожалуйста, внимательно прочитайте и заполните следующую информацию, прежде чем подписывать и ставить дату на этой форме прекращения участия:

Если я зарегистрируюсь в другом плане Medicare Advantage или Medicare рецептурных препаратов, я понимаю, что Medicare отменит мое текущее членство в плане Blue Shield Medicare Advantage Plan в день вступления в силу этой новой регистрации. Я понимаю, что в настоящее время я не смогу зарегистрироваться в другом плане. Я также понимаю, что если я отказываюсь от участия в страховом покрытии рецептурных препаратов Medicare и захочу в будущем получить страховое покрытие рецептурных лекарств Medicare, мне, возможно, придется платить более высокий взнос за это покрытие.

Ваша подпись*:	Сегодняшняя дата (ММ/ДД/ГГГГ):
-----------------------	---------------------------------------

*Или подпись лица, уполномоченного действовать от вашего имени в соответствии с законодательством штата, в котором вы проживаете. Если она подписана уполномоченным лицом (как описано выше), эта подпись удостоверяет, что:

- 1) Это лицо уполномочено в соответствии с законодательством штата выполнить это исключение из числа участников и
- 2) Документацию этого органа Blue Shield of California или Medicare может получить по запросу.

Если вы являетесь уполномоченным представителем, вы должны предоставить следующую информацию:

Фамилия	Имя	Второй инициал
---------	-----	----------------

Улица, дом

Город	Штат	Почтовый индекс
-------	------	-----------------

Номер телефона

Отношение к зарегистрированному

Как правило, вы можете выйти из плана Medicare Advantage только в течение годового периода регистрации с 15 октября по 7 декабря каждого года или в течение периода открытой регистрации Medicare Advantage с 1 января по 31 марта каждого года. Есть исключения, которые могут позволить вам отказаться от участия в плане Medicare Advantage за пределами этого периода.

Пожалуйста, внимательно прочтите следующие утверждения и отметьте галочкой, если утверждение относится к вам. Поставив галочку в любом из следующих полей, вы подтверждаете, что, насколько вам известно, вы имеете право на выборный период.

У меня недавно произошли изменения в моей программе Medicaid (новое получение Medicaid, изменение уровня помощи по программе Medicaid или утрата Medicaid) (укажите дату) (ММ/ДД/ГГГГ).

Недавно у меня произошли изменения в моей Extra Help (дополнительной помощи) для оплаты рецептурных препаратов Medicare (недавно я получил(-а) Extra Help, изменился уровень моей Extra Help или я потерял(-а) Extra Help) (укажите дату) (ММ/ДД/ГГГГ).

У меня есть и Medicare, и Medicaid (или мой штат помогает оплачивать мои страховые взносы Medicare), или я получаю Extra Help для оплаты рецептурных препаратов Medicare, но у меня не было изменений.

Я переезжаю в, живу или недавно переехал(-а) из учреждения длительного ухода (например, из дома престарелых). Я переехал(-а)/перееду в/перееду из учреждения (укажите дату) (ММ/ДД/ГГГГ).

Я присоединяюсь к программе Program for All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, Программа комплексного ухода за пожилыми людьми) (укажите дату) (ММ/ДД/ГГГГ).

Я присоединяюсь к страховому покрытию работодателя или профсоюза (укажите дату) (ММ/ДД/ГГГГ).

Я был(а) зарегистрирован(а) в плане Medicare (или моим штатом), и я хочу выбрать другой план. Моя регистрация в этом плане началась (укажите дату) (ММ/ДД/ГГГГ).

Если ни одно из этих утверждений не относится к вам или вы не уверены, обратитесь в службу поддержки участников Blue Shield of California Medicare Advantage Plan по номеру **(800) 776-4466** (пользователи ТТУ должны звонить **711**), чтобы узнать, имеете ли вы право выйти из программы. Для участников, зарегистрированных в планах D-SNP, обратитесь в службу поддержки участников по номеру **(800) 452-4413 (ТТУ: 711)**. Мы открыты с 8 утра до 8 вечера, без выходных.

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

Эл. почта: WHMembership@blueshieldca.com

Почта: Blue Shield of California
PO Box 948
Woodland Hills, CA 91365-9856

Факс: (877) 251-3660