



Blue Shield of California Medicare Advantage-ի պլանը փոխելու ձև

Ընթացիկ Blue Shield of California Medicare Advantage պլանի անդամները կարող են օգտագործել գրանցման այս հակիրճ ձևը՝ գրանցվելու համար Medicare Advantage պլանում, որն առաջարկվում է Blue Shield of California-ի կողմից:

Գրանցման լրացված ձևն ուղարկեք ֆաքսով կամ Էլեկտրոնային փոստով՝ հետևյալ հասցեով՝
Ֆաքսով՝ (877) 251-3660

Էլեկտրոնային՝ Blue Shield of California, PO Box 948, Woodland Hills, CA 91365-9856

Ներկայումս ես _____ պլանի անդամ եմ _____
ամսական \$ _____ ապահովագրավճարով:

Ընտրեք պլանը, որին ցանկանում եք միանալ՝

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Los Angeles/San Diego վարչաշրջաններ (ամսական \$0)

Ես հասկանում եմ, որ այս պլանն ունի տարբեր առողջապահական նպաստներ, և կարող է նախատեսված լինել ամսական ապահովագրավճար, ինչպես նշված է վերևում:

Անդամի համարը՝

Ազգանուն՝	Անուն՝	Հայրանուն (ըստ ցանկության)՝
Հեռախոսահամար՝	Հեռախոսի տեսակը՝	<input type="checkbox"/> Ստացիոնար <input type="checkbox"/> Շարժական

Մշտական բնակության վայրի փոփոխի հասցեն՝ (Զմուտքագրել արձնենտային փոստարկղի հասցեն)

Փողոցի հասցե

Քաղաք

Նահանգ

Փոստային կոդ

Փոստային հասցե, եթե տարբերվում է ձեր մշտական հասցեից (Թույլատրվում է փոստարկղ)՝

Փողոցի հասցե

Քաղաք

Նահանգ

Փոստային կոդ

Ընտրված հիմնական բուժող բժշկի (PCP) կամ կլինիկայի (միայն HMO) անունը՝

Դուք եք որոշում այս հարցերին պատասխանել, թե ոչ: Ձեզ չեն կարող մերժել ապահովագրության տրամադրումը, եթե այս բաժնի հարցերին չպատասխանեք:

Արդյո՞ք ծագումով դուք իսպանախոս եք, լատինաամերիկացի, կամ իսպանացի: Ընտրեք բոլոր կիրառելի տարբերակները:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ոչ, ես ծագումով իսպանախոս, լատինաամերիկացի կամ իսպանացի չեմ | <input type="checkbox"/> Այո, մեքսիկացի, մեքսիկացի ամերիկացի, չիկանո եմ |
| <input type="checkbox"/> Այո, պուերտոռիկացի եմ | <input type="checkbox"/> Այո, կուբացի եմ |
| <input type="checkbox"/> Այո, ծագումով այլ իսպանախոս երկրից եմ, լատինաամերիկացի եմ կամ իսպանացի եմ | |
| <input type="checkbox"/> Նախընտրում եմ չպատասխանել: | |

Նշեք ձեր ռասայական պատկանելությունը Ընտրեք բոլոր կիրառելի տարբերակները:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ամերիկացի հնդկացի կամ Ալյասկայի բնիկ Ասիացի | <input type="checkbox"/> Սևամորթ կամ աֆրոամերիկացի Հավայյան և Խաղաղօվկիանոսյան կղզիների բնիկ |
| <input type="checkbox"/> Ասիացի հնդիկ | <input type="checkbox"/> Գուամացի կամ չամորոցի |
| <input type="checkbox"/> Չինացի | <input type="checkbox"/> Հավայյան կղզիների բնիկ |
| <input type="checkbox"/> Ֆիլիպինցի | <input type="checkbox"/> Սամոացի |
| <input type="checkbox"/> Ճապոնացի | <input type="checkbox"/> Խաղաղօվկիանոսյան կղզիների այլ բնիկ |
| <input type="checkbox"/> Կորեացի | <input type="checkbox"/> Սպիտակամորթ |
| <input type="checkbox"/> Վիետնամցի | <input type="checkbox"/> Նախընտրում եմ չպատասխանել: |
| <input type="checkbox"/> Այլ ասիացի | |

Նշեք, թե անգլերենից բացի որ լեզվով եք ցանկանում տեղեկատվական նյութեր ստանալ մեզնից:

- | | | | |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Արաբերեն | <input type="checkbox"/> Չինարեն (պարզեցված) | <input type="checkbox"/> Կորեերեն | <input type="checkbox"/> Տազալերեն |
| <input type="checkbox"/> Հայերեն | <input type="checkbox"/> Չինարեն (ավանդական) | <input type="checkbox"/> Ռուսերեն | <input type="checkbox"/> Վիետնամերեն |
| <input type="checkbox"/> Կամբոջերեն | <input type="checkbox"/> Պարսկերեն | <input type="checkbox"/> Իսպաներեն | |

Նշեք, թե ձեզ մատչելի ինչ ձևաչափով եք ցանկանում տեղեկատվական նյութեր ստանալ մեզնից:

- Բրայլյան գրատեսակ Խոշոր տպատառ Աուդիո CD

Դիմեք D-SNP-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ **(800) 452-4413 (TTY` 711)** հեռախոսահամարով, եթե ցանկանում եք տեղեկատվական նյութերը ստանալ ձեզ մատչելի այլ ձևաչափով կամ լեզվով, որը նշված չէ վերևում: Մեր աշխատանքային ժամերն են՝ 8:00-ից մինչև 20:00, շաբաթը յոթ օր:

Բջջային հեռախոսահամար՝

Էլփոստի հասցե՝

Վերևում նշելով ձեր Էլփոստի հասցեն՝ դուք ավտոմատ կերպով մեր պլանի կողմից կստանաք ոչ թղթային տարբերակով առաքվող ծանուցումներ:

Պլանի վերաբերյալ շատ ծանուցումներ դուք կստանաք Էլեկտրոնային եղանակով: Մենք ձեզ Էլեկտրոնային նամակ կուղարկենք՝ առցանց հասանելի տեղեկություններ ունենալու դեպքում (օրինակ՝ Նպաստների բացատրությունը կամ Փոփոխությունների տարեկան ծանուցումը): Դուք կարող եք կարդալ այս ծանուցումները ցանկացած սարքով՝ համակարգչով, պլանշետով կամ շարժական հեռախոսով:

- Ոչ թղթային տարբերակով նյութերի ուղարկման փոխարեն մենք կարող ենք ձեզ փոստով առաքել պահանջվող նյութերի տպագիր օրինակները: Նկատի ունեցեք, որ որոշ ծանուցումներ կարող են շատ մեծ լինել և ոչ բոլոր փոստարկղերում տեղավորվել: Դուք ցանկացած պահի կարող եք փոխել, թե ինչ տարբերակով եք ցանկանում ստանալ ծանուցումները:

Ձեր պլանի ապահովագրավճարների վճարում

Դուք կարող եք ամեն ամիս փոստով վճարել ձեր պլանի ամսական ապահովագրավճարը (այդ թվում՝ ուշ գրանցման հետ կապված ցանկացած տույժ, որը ներկայումս ունեք կամ կարող եք ունենալ): Եթե ձեր պլանի համար նախատեսված է ապահովագրավճար, դուք կստանաք ամսական հաշիվ, ինչպես նաև ձեզ կտեղեկացվի, թե որքան և երբ պետք է վճարեք հաջորդ անգամ: Դուք կարող եք վճարել ձեր ապահովագրավճարը՝ այն ավտոմատ կերպով հանելով ձեր սոցիալական ապահովության կամ Railroad Retirement Board-ի (RRB, երկաթուղայինների կենսաթոշակային ֆոնդ) նպաստից ամեն ամիս:

Վճարման տարբերակների մասին ավելի իմանալու համար այցելեք blueshieldca.com/medicarewaystopay կամ զանգահարեք D-SNP-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ **(800) 452-4413 (TTY՝ 711)** հեռախոսահամարով:

Գումարի ավտոմատ դուրսհանում ձեր սոցիալական ապահովության կամ Railroad Retirement Board-ի (RRB) ամսական նպաստից:

Ես ամսական նպաստներ եմ ստանում այստեղից՝ Սոցիալական ապահովություն RRB

(Սոցիալական ապահովության/Railroad Retirement Board-ից գումարի հանումը կարող է տևել երկու կամ ավելի ամիս: Շատ դեպքերում, եթե սոցիալական ապահովության/Railroad Retirement Board խորհուրդը ընդունում է գումարի ավտոմատ դուրսհանման ձեր հայցը, ապա առաջին անգամ ձեր սոցիալական ապահովության/Railroad Retirement Board-ի նպաստից հանված գումարի մեջ կներառվեն այն բոլոր ապահովագրավճարները, որոնք պետք է վճարվեն ձեր գրանցման ուժի մեջ մտնելու օրվանից մինչև պահումների սկիզբը: Եթե սոցիալական ապահովության/Railroad Retirement Board խորհուրդը չհաստատի գումարի ավտոմատ դուրսհանման ձեր հայցը, մենք ձեզ կուղարկենք ձեր ամսական ապահովագրավճարների հաշիվը թղթային տարբերակով):

Եթե դուք D բաժնի ապահովագրության համար պետք է վճարեք եկամտի հետ կապված ամսական փոփոխական գումար, ապա ծանուցում կստանաք Սոցիալական ապահովության վարչության կողմից: Ի լրումն պլանի ապահովագրավճարների, դուք պետք է վճարեք նաև այդ հավելյալ գումարը: Գումարը սովորաբար պահվում է ձեր սոցիալական ապահովության նպաստից, կամ դուք կարող եք հաշիվ ստանալ անմիջապես Medicare-ից կամ Railroad Retirement Board-ից:

Մի՛ վճարեք Blue Shield of California-ին D-IRMAA բաժնի համար:

Սահմանափակ եկամուտներ ունեցող անձիք կարող են իրավունք ունենալ օգտվելու լրացուցիչ օգնությունից՝ վճարելու համար իրենց դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ծախսերը: Եթե համապատասխանում եք այս չափանիշներին, Medicare-ը կարող է վճարել ձեր դեղերի ծախսերի 75%-ը կամ ավելին, այդ թվում՝ ամսական դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ապահովագրավճարները, տարեկան չհատուցվող գումարը և համաապահովագրության գումարը: Բացի այդ, նրանք, ովքեր համապատասխանում են այս չափանիշներին, չեն ունենա ծախսերի հատուցման ընդմիջում կամ ուշ գրանցման հետ կապված տույժ: Շատ մարդիկ համապատասխանում են այս խնայողություններն անելու չափանիշներին և նույնիսկ չգիտեն այդ մասին: Լրացուցիչ օգնությունի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար դիմեք տեղի Սոցիալական ապահովության գրասենյակ կամ զանգահարեք Սոցիալական ապահովություն՝ **(800) 772-1213** հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **(800) 325-0778**: Լրացուցիչ օգնությունից օգտվելու համար կարող եք դիմել նաև առցանց՝ www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp:

Եթե դուք համապատասխանում եք լրացուցիչ օգնությունից օգտվելու չափանիշներին և կարող եք օգնություն ստանալ Medicare-ի դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի ծախսերի փոխհատուցման հետ կապված, Medicare-ը կվճարի ձեր պլանի ամբողջ ապահովագրավճարը կամ դրա մի մասը: Եթե Medicare-ը վճարում է ապահովագրավճարի միայն մի մասը, մենք ձեզ կուղարկենք Medicare-ի կողմից չփոխհատուցվող գումարի հաշիվը:

Խնդրում ենք կարդալ և ստորագրել ստորև

Blue Shield of California պլանը պայմանագիր է կնքել Դաշնային կառավարության հետ:

Ես հասկանում եմ, որ եթե օգնություն եմ ստանում վաճառքի գործակալի, բրոքերի կամ այլ անձի կողմից, որն աշխատում է կամ պայմանագիր ունի Blue Shield of California-ի հետ, նա կարող է վճարվել Blue Shield of California-ում իմ գրանցման հիման վրա:

Տվյալների փոխանցում. Միանալով Medicare-ի այս առողջապահական պլանին, ես ընդունում եմ, որ Medicare-ի առողջապահական պլանը կարող է փոխանցել իմ տվյալները Medicare-ին և այլ պլանների, որոնց դրանք անհրաժեշտ են՝ բուժման, վճարման և բուժխնամքի հետ կապված որոշումների համար: Ես ընդունում եմ նաև, որ Blue Shield of California-ն կարող է փոխանցել իմ տվյալները, այդ թվում՝ դեղատոմսով դուրս գրվող իմ դեղերի մասին տեղեկությունները, Medicare-ին, որը կարող է դրանք տրամադրել հետազոտության և այլ նպատակների համար, որոնք համապատասխանում են դաշնային բոլոր գործող օրենքներին և կանոնակարգերին: Սույն գրանցման ձևում ներկայացված տեղեկատվությունը ճիշտ է, որքան ինձ հայտնի է: Ես հասկանում եմ, որ եթե դիտավորյալ կեղծ տեղեկատվություն տրամադրեմ սույն ձևում, ես կհեռացվեմ պլանից: Ես հասկանում եմ, որ Medicare-ում գրանցված անձանց վրա չի տարածվում Medicare-ի ապահովագրական ծածկույթը, եթե նրանք գտնվում են երկրի սահմաններից դուրս, բացառությամբ ԱՄՆ սահմանամերձ որոշ շրջանների:

Ես հասկանում եմ, որ սկսած այն օրից, երբ ինձ համար կսկսի գործել Blue Shield Medicare Advantage HMO Plan-ի ապահովագրական ծածկույթը, ես պետք է իմ բոլոր բուժժառայությունները ստանամ Blue Shield of California-ից, բացառությամբ սպասարկման տարածքից դուրս շտապ օգնության կամ դիալիզի ծառայություններից:

Blue Shield of California-ի կողմից լիազորված ծառայությունները և Blue Shield of California-ի *Ապահովագրում* (որը հայտնի է նաև որպես անդամի պայմանագիր կամ բաժանորդի համաձայնագիր) ներառված ծառայությունները կփոխհատուցվեն: Առանց լիազորման **Ո՞՞ MEDICARE-Ը, Ո՞՞ Է՛Լ BLUE SHIELD OF CALIFORNIA-Ն ՉԵՆ ԿՃԱՐԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ:**

Ես հասկանում եմ, որ դնելով իմ ստորագրությունը (կամ իմ անունից գործելու օրինական լիազորություն ունեցող անձի ստորագրությունը)՝ ես հաստատում եմ, որ կարդացել և հասկանում եմ այս դիմումի բովանդակությունը: Եթե դիմումը ստորագրված է լիազոր ներկայացուցչի կողմից (ինչպես նկարագրված է վերևում), դա նշանակում է, որ՝ 1) Այդ անձը լիազորված է նահանգային օրենսդրության համաձայն՝ լրացնելու գրանցման այս ձևը, և 2) Լիազորման փաստաթղթերը պետք է ներկայացվեն Medicare-ի պահանջով:

Ստորագրություն՝	Այսօրվա ամսաթիվը (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)՝
-----------------	--------------------------------

Եթե լիազորված ներկայացուցիչ եք, պետք է ստորագրեք նախորդ էջում և տրամադրեք հետևյալ տեղեկությունները.

Անուն՝ _____

Հասցե՝ _____

Քաղաք _____

Նահանգ Փոստային կոդ _____

Հեռախոսահամար՝ _____

Գրանցվողի հետ կապը՝ _____

Ապահովագրական գործակալի տվյալները՝ Ապահովագրական գործակալի անունը, ID-ն կամ National Producer Number-ը (NPN, ազգային արտադրողի համար) **պարտադիր նշել:**

Գործակալության անվանումը՝ _____
(տպատառ նշեք նշանակված գործակալության անվանումը)

Գործակալության ID համարը՝ _____
(տպատառ նշեք գործակալության հարկային ID-ն)

Ապահովագրական գործակալի (գրող գործակալի) անունը
(պարտադիր նշել)՝ _____

(տպատառ նշեք գրող գործակալի անունը)

Ապահովագրական գործակալի ID համարը՝ _____
(տպատառ նշեք գործակալի հարկային ID համարը)

Ապահովագրական գործակալի (գրող գործակալի) NPN-ը կամ Tax Identification Number-ը (TIN, հարկային
նույնականացման համար) (մեկը պարտադիր նշել)՝ _____

(տպատառ նշեք NPN-ը կամ TIN համարը)

Ապահովագրական գործակալի հեռախոսահամարը՝ _____

Ապահովագրական գործակալի Էլփոստի հասցեն՝ _____

Ապահովագրական գործակալի կողմից դիմումի ստացման ամսաթիվը
(ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)՝ _____

Ապահովագրական գործակալի ստորագրությունը՝ _____

Իմ ստորագրությամբ ես սույնով հավաստում եմ, որ կարդացել և հասկացել եմ Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, Medicare և Medicaid ծառայությունների կենտրոններ) Medicare-ի հաղորդակցության և շուկայավարման ուղեցույցները և գրանցման կանոնները և հաստատում եմ, որ գրանցված անդամը ստացել է գրանցման հետ կապված ամբողջ տեղեկատվությունը: Ես հաստատում եմ, որ Medicare-ի շահառուի գրանցումը Blue Shield of California-ի անունից համապատասխանում է այս կանոններին:

Blue Shield of California-ն HMO D-SNP պլան է, որտեղ գործում են Medicare-ի և California State Medicaid Program-ի (Կալիֆոռնիայի նահանգային Medicaid ծրագիր) հետ կնքած պայմանագրերը: Blue Shield of California պլանում գրանցումը կախված է պայմանագրի երկարաձգումից: