

## استمارة إلغاء التسجيل في خطة Blue Shield of California Medicare Advantage

إذا طلبت إلغاء التسجيل، فيجب أن تستمر في الحصول على الرعاية الطبية الكاملة من خطة Blue Shield Medicare Advantage Plan الخاصة بك حتى تاريخ إلغاء التسجيل الفعلي. اتصل بنا للتحقق من إلغاء التسجيل قبل أن تسعى للحصول على الخدمات الطبية خارج شبكة Blue Shield Medicare Advantage Plan. سوف نخطرك بتاريخ إلغاء التسجيل الفعلي بعد أن نحصل على هذه الاستمارة منك.

رقم العضو

اسم العائلة	الاسم الأول	أول حرف من الاسم الأوسط
-------------	-------------	-------------------------

تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
-----------------------------	--

رقم الهاتف المنزلي:

**يرجى قراءة المعلومات التالية بعناية وإكمالها قبل التوقيع والتاريخ على استمارة إلغاء التسجيل هذه:**

إذا قمت بالتسجيل في خطة Medicare Advantage أخرى أو خطة Medicare أخرى للعقاقير التي تُصرف بوصفة أخرى، فأدرك أن برنامج Medicare سيلغي عضويتك الحالية في Blue Shield Medicare Advantage Plan في التاريخ الفعلي لذلك التسجيل الجديد. أدرك أنني قد لا أتمكن من التسجيل في خطة أخرى في الوقت الحالي. أفهم أيضًا أنه إذا قمت بإلغاء التسجيل من تغطية الأدوية التي تصرف بوصفة طبية من Medicare وأردت تغطية الأدوية التي تصرف بوصفة طبية من Medicare في المستقبل، فقد يتعين علي دفع قسط أعلى مقابل هذه التغطية.

توقيعك*:	تاريخ اليوم (شهر/يوم/سنة):
----------	----------------------------

\*أو توقيع الشخص المخول بالتصرف نيابة عنك بموجب قوانين الدولة التي تعيش فيها. إذا تم التوقيع عليه من قبل شخص مخول (كما هو موضح أعلاه)، فإن هذا التوقيع يشهد على ما يلي:  
1) هذا الشخص مخول بموجب قانون الولاية لإكمال إلغاء التسجيل هذا  
2) يتوفر توثيق هذه السلطة عند طلب Blue Shield of California أو عن طريق Medicare.

**إذا كنت الممثل المخول، فيجب عليك تقديم المعلومات التالية:**

اسم العائلة	الاسم الأول	أول حرف من الاسم الأوسط
-------------	-------------	-------------------------

عنوان الشارع

المدينة	الولاية	الرمز البريدي
---------	---------	---------------

رقم الهاتف

العلاقة بالمسجل

عادةً، يمكنك إلغاء التسجيل من خطة Medicare Advantage فقط خلال فترة التسجيل السنوية من 15 تشرين الأول/أكتوبر حتى 7 كانون الأول/ديسمبر من كل عام أو خلال فترة التسجيل المفتوحة لبرنامج Medicare Advantage من 1 كانون الثاني/يناير حتى 31 آذار/مارس من كل عام. توجد استثناءات قد تسمح لك بإلغاء التسجيل من خطة Medicare Advantage خارج هذه الفترة.

يرجى قراءة البيانات التالية بعناية وتحديد المربع إذا كانت العبارة تنطبق عليك. من خلال تحديد أي من المربعات التالية، فإنك تشهد -على حد علمك- أنك مؤهل ل فترة اختيار.

لقد حدث مؤخرًا تغيير في خدمات Medicaid التي أتلقاها (حصلت مؤخرًا على خدمات Medicaid، أو حدث تغيير في مستوى مساعدة Medicaid، أو فقدت خدمات Medicaid) في يوم (أدخل التاريخ) (شهر/يوم/سنة).

لقد حدث مؤخرًا تغيير في مدفوعات Extra Help (المساعدة الإضافية) الخاصة بي مقابل تغطية الأدوية التي تصرف بوصفة طبية من Medicare (حصلت مؤخرًا على مزايا Extra Help، أو حدث تغيير في مستوى Extra Help، أو فقدت مزايا Extra Help) في يوم (أدخل التاريخ) (شهر/يوم/سنة).

لديّ كل من مزايا Medicare و Medicaid (أو تساعد ولايتي في دفع أقساط Medicare الخاصة بي) أو أحصل على مدفوعات Extra Help لدفع تكاليف تغطية الأدوية التي تصرف بوصفة طبية من Medicare، لكن لم يُجرى أي تغيير.

أنتقل إلى، أو أعيش في، أو انتقلت مؤخرًا إلى مرفق رعاية طويلة الأجل (على سبيل المثال، دار لرعاية المسنين أو مرفق رعاية طويلة الأجل). انتقلت/سأنتقل إلى/خارج المرفق في يوم (أدخل التاريخ) (شهر/يوم/سنة).

أنا أنضم إلى برنامج (PACE) Program for All-Inclusive Care for the Elderly، برنامج للرعاية الشاملة للمسنين) في يوم (أدخل التاريخ) (شهر/يوم/سنة).

أنا أنضم إلى تغطية صاحب العمل أو النقابة في يوم (أدخل التاريخ) (شهر/يوم/سنة).

لقد تم تسجيلي في خطة من قبل Medicare (أو ولايتي) وأريد اختيار خطة مختلفة. بدأ تسجيلي في تلك الخطة في يوم (أدخل التاريخ) (شهر/يوم/سنة).

إذا لم تنطبق أي من هذه العبارات عليك أو لم تكن متأكدًا، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield of California Medicare Advantage Plan على الهاتف **(800) 776-4466** (يجب على مستخدمي TTY الاتصال بـ **711**) لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً لإلغاء التسجيل أم لا. بالنسبة للأعضاء المسجلين في خطط D-SNP، يرجى الاتصال بخدمة العملاء على الهاتف **(800) 452-4413 (TTY: 711)**. نحن متاحون من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع.

أرسل الاستمارة المكتملة والموقعة بالبريد الإلكتروني أو البريد أو الفاكس إلى:

البريد الإلكتروني: WHMembership@blueshieldca.com

بريد: Blue Shield of California

PO Box 948

Woodland Hills, CA 91365-9856

(877) 251-3660

الفاكس:

2 / 2