

درخواست ثبت‌نام کارمند در «طرح سلامت»

طرح‌های Blue Shield برای بیش از 101 کارمند

و Blue Shield of California

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

لطفاً توجه داشته باشید: پر نکردن این درخواست ثبت‌نام بصورت خوانا و کامل، ممکن است منجر به تأخیر در روند ثبت‌نام شود.

دلیل ارائه درخواست:

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> استخدام جدید | <input type="checkbox"/> تاریخ از دست دادن پوشش بیمه | <input type="checkbox"/> ثبت‌نام دیر هنگام |
| <input type="checkbox"/> تاریخ استخدام مجدد | <input type="checkbox"/> ثبت‌نام آزاد | <input type="checkbox"/> نوع دیگری از رویداد که منجر به واجد شرایط شدن می‌شود |
| _____ | _____ | تاریخ وقوع رویداد فوق _____ |

بخش 1 - دستورالعمل‌های مهم ثبت‌نام برای بهره‌مندی از پوشش «مزایای تخصصی»

بیمه دندانپزشکی و چشمپزشکی - کارمند می‌تواند در طرح دندانپزشکی و/یا چشمپزشکی ثبت‌نام کند، بدون اینکه در یک طرح سلامت ثبت‌نام کرده باشد. برای اینکه کارمند بتواند افراد تحت تکفل خود را در یک طرح دندانپزشکی یا چشمپزشکی ثبت‌نام کند، خود او باید در همان طرح دندانپزشکی یا چشمپزشکی ثبت‌نام کرده باشد.

بخش 2 - طرح(ها) نام(های) طرح مناسب را انتخاب و قسمت مربوط به آن را پر کنید.

مزایای پزشکی بدون گزینه‌های طرح ABHP (طرح سلامت مبتنی بر حساب):

| | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Access+ HMO [®] | <input type="checkbox"/> Active Choice [®] Classic | <input type="checkbox"/> Active Choice [®] Plus |
| <input type="checkbox"/> Added Advantage POS SM | <input type="checkbox"/> Trio HMO | <input type="checkbox"/> Local Access+ HMO [®] |
| <input type="checkbox"/> Full EPO | <input type="checkbox"/> Full PPO Savings [†] | <input type="checkbox"/> Full PPO |
| <input type="checkbox"/> Virtual Blue SM | <input type="checkbox"/> Tandem PPO | <input type="checkbox"/> Full EPO Savings [†] |
| <input type="checkbox"/> Tandem EPO Savings [†] | <input type="checkbox"/> Tandem EPO | <input type="checkbox"/> Tandem PPO Savings [†] |
| | | <input type="checkbox"/> Blue Shield 65 Plus SM (HMO) |

مزایای پزشکی با گزینه‌های طرح ABHP (طرح سلامت مبتنی بر حساب):

| | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|---|------------------------------|------------------------------|---|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> LPFSA [‡] | <input type="checkbox"/> HSA | <input type="checkbox"/> FSA | <input type="checkbox"/> HIA | <input type="checkbox"/> HRA | <input type="checkbox"/> Full EPO Savings [†] | <input type="checkbox"/> FSA | <input type="checkbox"/> HIA | <input type="checkbox"/> HRA | <input type="checkbox"/> Active Choice [®] Plus | | |
| | | <input type="checkbox"/> FSA | <input type="checkbox"/> HIA | <input type="checkbox"/> HRA | <input type="checkbox"/> Tandem PPO | <input type="checkbox"/> FSA | <input type="checkbox"/> HIA | <input type="checkbox"/> HRA | <input type="checkbox"/> Active Choice [®] Classic | | |
| | | <input type="checkbox"/> FSA | <input type="checkbox"/> HIA | <input type="checkbox"/> HRA | <input type="checkbox"/> Virtual Blue SM | <input type="checkbox"/> FSA | <input type="checkbox"/> HIA | <input type="checkbox"/> HRA | <input type="checkbox"/> Access+ HMO [®] | | |
| <input type="checkbox"/> LPFSA [‡] | <input type="checkbox"/> HSA | <input type="checkbox"/> FSA | <input type="checkbox"/> HIA | <input type="checkbox"/> HRA | <input type="checkbox"/> Tandem PPO Savings [†] | <input type="checkbox"/> FSA | <input type="checkbox"/> HIA | <input type="checkbox"/> HRA | <input type="checkbox"/> Local Access+ HMO [®] | | |
| | | <input type="checkbox"/> FSA | <input type="checkbox"/> HIA | <input type="checkbox"/> HRA | <input type="checkbox"/> Tandem EPO | <input type="checkbox"/> FSA | <input type="checkbox"/> HIA | <input type="checkbox"/> HRA | <input type="checkbox"/> Trio HMO | | |
| <input type="checkbox"/> LPFSA [‡] | <input type="checkbox"/> HSA | <input type="checkbox"/> FSA | <input type="checkbox"/> HIA | <input type="checkbox"/> HRA | <input type="checkbox"/> Tandem EPO Savings [†] | <input type="checkbox"/> FSA | <input type="checkbox"/> HIA | <input type="checkbox"/> HRA | <input type="checkbox"/> Full PPO | | |
| | | <input type="checkbox"/> FSA | <input type="checkbox"/> HIA | <input type="checkbox"/> HRA | <input type="checkbox"/> Blue Shield 65 Plus SM (HMO) | <input type="checkbox"/> LPFSA [‡] | <input type="checkbox"/> HSA | <input type="checkbox"/> FSA | <input type="checkbox"/> HIA | <input type="checkbox"/> HRA | <input type="checkbox"/> Full PPO Savings [†] |
| | | <input type="checkbox"/> FSA | <input type="checkbox"/> HIA | <input type="checkbox"/> HRA | | <input type="checkbox"/> FSA | <input type="checkbox"/> HIA | <input type="checkbox"/> HRA | <input type="checkbox"/> Full EPO | | |

مزایای تخصصی: Dental INO Dental HMO Dental PPO سایر چشمپزشکی*

* هزینه‌ها توسط Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) تأمین می‌شود.
 † طرح‌های Full EPO Savings، Full PPO Savings، Tandem PPO Savings و Tandem EPO Savings طرح‌های سلامت واجد شرایط HSA هستند که هزینه کسریزیر بالایی دارند.
 ‡ فقط باید با یک طرح HSA جفت شود.
 توجه: Blue Shield مشاوره مالیاتی نمی‌دهد و همچنین طرح‌های HSA، HRA، HIA، FSA یا LPFSA را نیز ارائه نمی‌دهد.

فقط برای استفاده داخلی. در این بخش چیزی ننویسید و به بخش 3 بروید.

| | | | | |
|--------|------------|---------------|-----------|------------------|
| کد بخش | شناسه گروه | شناسه زیرگروه | شناسه رده | تاریخ اجرایی شدن |
|--------|------------|---------------|-----------|------------------|

بخش 3 - اطلاعات کارمند

| | |
|---|--------------------|
| شماره تأمین اجتماعی یا شماره شناسایی مالیات‌دهنده | نام (گروه) کارفرما |
| نام خانوادگی | نام |
| | حرف اول نام میانی |

| | | |
|--|----------------|----------------|
| وضعیت استخدام: | تاریخ استخدام: | عنوان/رده شغلی |
| <input type="checkbox"/> تمام وقت <input type="checkbox"/> پارموقت <input type="checkbox"/> بازنشسته | _____ | _____ |

نشانی منزل (خیابان، شهر، ایالت، کد پستی)

نشانی پستی (اگر متفاوت از نشانی منزل است)

| | | |
|---|--|---|
| شماره تلفن همراه | شماره تلفن ثابت | نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است) |
| <p>با ارائه کردن اطلاعات تماس خود در این فرم، من موافقت می‌کنم که شرکت Blue Shield و نهادها و نمایندگان وابسته به آن می‌توانند درباره حساب من و برنامه های مختلف سلامتی و تندرستی که بدون هیچ هزینه ای در دسترس من هستند، با من ارتباط برقرار کنند، از جمله از طریق تلفن یا پیامک با استفاده از شماره گیر خودکار یا صدای مصنوعی یا از پیش ضبط شده. نرخ های استاندارد داده ممکن است اعمال شود.</p> <p>موافقت می‌کنم که Blue Shield و نهادها و نمایندگان وابسته به آن می‌توانند درباره حساب من و برنامه‌های مختلف سلامتی و تندرستی در دسترس من و سایر اطلاعات تبلیغاتی دیگری که می‌تواند به نفع من و افراد تحت تکفل من باشد با من ارتباط برقرار بکنند، از جمله از طریق تلفن یا پیامک به شماره‌هایی که در این فرم ذکر کرده‌ام، و با استفاده از شمارمگیر خودکار یا صداهای مصنوعی یا از پیش ضبط‌شده؛ مشارکت داوطلبانه است و می‌توانید هر زمان که خواستید انصراف دهید نرخ‌های استاندارد داده ممکن است اعمال شود. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر.</p> | | |
| <p>راه ارتباطی دلخواه: <input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> کاغذی</p> | | |
| تاریخ تولد | جنسیت <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث | وضعیت تأهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> همخانه قانونی |
| <p>زبان دلخواه: <input type="checkbox"/> انگلیسی <input type="checkbox"/> اسپانیایی <input type="checkbox"/> چینی <input type="checkbox"/> ویتنامی <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> سایر _____</p> | | |
| <p>آیا همسر/همخانه قانونی و/یا فرزندان تحت تکفل خود را ثبت‌نام می‌کنید <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر اگر پاسخ «بله» است، بخش 4 درخواست را پر کنید.</p> | | |
| <p>اطلاعات ارائه‌دهنده HMO: وبسایت فهرست راهنمای Blue Shield of California: blueshieldca.com/fap/app/search.html</p> | | |
| نام پزشک مراقبت‌های اولیه (PCP): | شماره ارائه‌دهنده: | |
| نام IPA (انجمن مستقل پزشکی)/گروه پزشکی: | شماره IPA/گروه پزشکی: | در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |
| نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: | شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی: | در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |
| <p>بخش 4 - اطلاعات همسر/همخانه قانونی/فرزندان تحت تکفل اگر شما، همسر/همخانه قانونی یا فرزندان تحت تکفل شما از پوشش بیمه امتناع می‌کنید، لطفاً فرم «امتناع از پوشش بیمه» را تکمیل و امضا کنید.</p> | | |
| <p>نشانی فرد تحت تکفل، اگر متفاوت از نشانی کارمند است - لطفاً مشخص کنید که این قسمت در مورد کدام فرد (افراد) تحت تکفل صدق می‌کند:</p> | | |
| ثبت اطلاعات همسر/همخانه قانونی | ثبت‌نام در (لطفاً تمام موارد موردنظران را علامت بزنید) | فقط Dental HMO - ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی |
| <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/> همخانه قانونی <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث | <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> چشمپزشکی | نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی نام نام خانوادگی شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی نام IPA/تیم پزشکی شماره IPA/تیم پزشکی در حال حاضر بیمار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |
| نام حرف اول نام میانی | نام خانوادگی | شماره تأمین اجتماعی یا شماره شناسایی مالیات‌دهنده |
| نام خانوادگی | شماره ارائه‌دهنده | تاریخ تولد (سال/روز/ماه) |
| راه ارتباطی دلخواه <input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> کاغذی | نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است) | |

| | | | |
|--|---|--|---|
| فقط Dental HMO – ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی | فقط HMO و Added Advantage و POS – نام پزشک مراقبت‌های اولیه | ثبت‌نام در (لطفاً تمام موارد موردنظر را علامت بزنید) | ثبت اطلاعات فرزند(ان) تحت تکفل |
| نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی نام نام خانوادگی شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی در حال حاضر بیمار هستید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | نام پزشک نام نام خانوادگی شماره ارائه‌دهنده نام IPA/تیم پزشکی شماره IPA/تیم پزشکی در حال حاضر بیمار هستید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> چشمپزشکی | <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث نام حرف اول نام میانی نام خانوادگی شماره تأمین اجتماعی یا شماره شناسایی مالیات‌دهنده تاریخ تولد (سال/روز/ماه) معلولیتی دارید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است) | | | راه ارتباطی دلخواه <input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> کاغذی |
| فقط Dental HMO – ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی | فقط HMO و Added Advantage و POS – نام پزشک مراقبت‌های اولیه | ثبت‌نام در (لطفاً تمام موارد موردنظر را علامت بزنید) | ثبت اطلاعات فرزند(ان) تحت تکفل |
| نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی نام نام خانوادگی شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی در حال حاضر بیمار هستید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | نام پزشک نام نام خانوادگی شماره ارائه‌دهنده نام IPA/تیم پزشکی شماره IPA/تیم پزشکی در حال حاضر بیمار هستید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> چشمپزشکی | <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث نام حرف اول نام میانی نام خانوادگی شماره تأمین اجتماعی یا شماره شناسایی مالیات‌دهنده تاریخ تولد (سال/روز/ماه) معلولیتی دارید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است) | | | راه ارتباطی دلخواه <input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> کاغذی |
| فقط Dental HMO – ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی | فقط HMO و Added Advantage و POS – نام پزشک مراقبت‌های اولیه | ثبت‌نام در (لطفاً تمام موارد موردنظر را علامت بزنید) | ثبت اطلاعات فرزند(ان) تحت تکفل |
| نام ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی نام نام خانوادگی شماره ارائه‌دهنده خدمات دندانپزشکی در حال حاضر بیمار هستید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | نام پزشک نام نام خانوادگی شماره ارائه‌دهنده نام IPA/تیم پزشکی شماره IPA/تیم پزشکی در حال حاضر بیمار هستید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/> چشمپزشکی | <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث نام حرف اول نام میانی نام خانوادگی شماره تأمین اجتماعی یا شماره شناسایی مالیات‌دهنده تاریخ تولد (سال/روز/ماه) معلولیتی دارید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> |
| نشانی ایمیل (برای مکاتبات الکترونیکی لازم است) | | | راه ارتباطی دلخواه <input type="checkbox"/> الکترونیکی <input type="checkbox"/> کاغذی |

بخش اجازهنامه زیر باید توسط همه کارمندانی که برای پوشش بیمه Blue Shield of California یا Blue Shield of California («Blue Shield Life») درخواست می‌دهند امضا شود. این ثبت‌نام بدون اجازهنامه امضا شده از سوی شما انجام نمی‌شود.

موافقت خود را با این موارد اعلام می‌کنم: تا جایی که می‌دانم و باور دارم، تمام اطلاعات این فرم صحیح و صادقانه است. متوجه هستم که این اطلاعات مبنای صدور پوشش بیمه در این طرح است. متوجه هستم که اگر اقدام به فریب کرده یا هریک از حقایق اساسی مرتبط با این درخواستنامه را عمداً اشتباه جلوه داده باشم، Blue Shield of California/Blue Shield Life می‌تواند یکی از اقدامات جبرانی زیر را ظرف 24 ماه اول پوشش بیمه انجام دهد: ممکن است پوشش بیمه من لغو یا پس از اطلاعیه 30 روزه فسخ شود. متوجه هستم که ممکن است تا زمانی که این درخواست و درخواست کارفرمای من به تأیید Blue Shield of California/Blue Shield Life نرسیده است، این پوشش بیمه اجرایی نشود.

امضای کارمند _____ تاریخ _____

نام کارمند با حروف بزرگ _____

به علاوه، به کارفرمای خود اجازه می‌دهم هرگونه حق بیمه لازم برای هزینه این طرح را (در صورت لزوم) از حقوق من کسر کند.

امضای کارمند _____ تاریخ _____

نام کارمند با حروف بزرگ _____

برای محافظت از شما، قانون کالیفرنیا ملزم می‌کند که موارد زیر در این فرم درج شود: هر شخصی که آگاهانه اطلاعات نادرست یا متقلبانه را برای به دست آوردن یا اصلاح پوشش بیمه یا طرح ادعای پرداخت خسارت ارائه دهد، مرتکب جرم شده است و ممکن است مشمول جریمه نقدی و حبس در زندان ایالتی شود.

افشای اطلاعات سلامت و اطلاعات شخصی

ما در Blue Shield of California/Blue Shield Life، از اهمیت محرمانه نگه داشتن اطلاعات شخصی شما آگاه هستیم و وظیفه خود می‌دانیم تا این کار را بسیار سخت‌گیرانه انجام دهیم. فارغ از اینکه اطلاعات شخصی شما در قالب کاغذی، الکترونیکی یا شفاهی نگهداری شود، ما به لحاظ قانونی ملزم هستیم حریم خصوصی و امنیت اطلاعات شخصی شما را حفظ کنیم. این بیانیه شامل اطلاعات شخصی مربوط به شما و افراد تحت پوشش تحت تکفل شما است که Blue Shield کسب، ایجاد و/یا نگهداری می‌کند.

ما در طول مدت اداره پوشش Blue Shield شما، اطلاعات مربوط به شما و افراد تحت پوشش تحت تکفل شما را جمع‌آوری و از آن استفاده و آن را افشا می‌کنیم و سوابق مربوط به شما، درمان پزشکی‌تان و خدمات ارائه‌شده به شما را ایجاد می‌کنیم. اطلاعات موجود در این سوابق به‌عنوان اطلاعات محافظت‌شده مربوط به سلامت («PHI») نامیده می‌شود و شامل اطلاعات شخصی قابل شناسایی فردی مانند نام، نشانی، شماره تلفن و شماره تأمین اجتماعی شما و همچنین اطلاعات سلامت شما، از قبیل تشخیص مراقبت سلامت یا اطلاعات ادعای خسارت است.

ما PHI مربوط به شما و/یا افراد تحت پوشش تحت تکفل شما را از طریق شما، به دستور شما و/یا با مجوز شما کسب می‌کنیم. همچنین، PHI شما را از سایر منابع قانونی مجاز، از جمله منابعی مانند ارائه‌دهنده مراقبت سلامت، بیمه‌گر، سازمان حمایتی بیمه، تبادل اطلاعات سلامت، طرح سلامت یا نماینده بیمه، کسب می‌کنیم. هدف ما از استفاده از PHI شما و افشای آن اداره پوشش Blue Shield شما و موارد دیگری است که مطابق قانون، مجاز یا الزامی است. به این منظور، ما PHI شما را برای دیگران، از جمله ارائه‌دهنده مراقبت سلامت، بیمه‌گر، سازمان حمایتی بیمه، تبادل اطلاعات سلامت، طرح سلامت یا نماینده بیمه شما افشا می‌کنیم.

Blue Shield به‌صورت مداوم یک «اطلاعیه خط‌مشی‌های حریم خصوصی» («اطلاعیه») را منتشر می‌کند که حقوق حریم خصوصی شما، تعهد ما به محافظت از حریم خصوصی شما و نحوه استفاده ما از PHI شما با و بدون مجوز خاص شما در آن شرح داده می‌شود. ما هنگام استفاده از PHI شما یا افشای آن، تابع مقررات «اطلاعیه» هستیم که روی تمام سوابقی که ما ایجاد، کسب و/یا حفظ می‌کنیم و حاوی PHI شما هستند، اعمال می‌شود. وقتی برای پوشش بیمه Blue Shield ثبت‌نام می‌کنید، «اطلاعیه» ما را دریافت خواهید کرد. همچنین، می‌توانید نسخه‌ای از «اطلاعیه» ما را از طریق تماس با شماره خدمات مشتریان در کارت شناسایی اعضای Blue Shield خود یا مراجعه به وبسایت ما به نشانی زیر، دریافت کنید: [blueshieldca.com/en/home/about-blue-shield/privacy-and-security/hipaa-notice-privacy-practices](https://www.blueshieldca.com/en/home/about-blue-shield/privacy-and-security/hipaa-notice-privacy-practices).

قانون کالیفرنیا الزام به انجام آزمایش HIV (اچ‌آی‌وی) و استفاده از آن توسط شرکت‌های بیمه سلامت به‌عنوان یکی از شرایط دریافت پوشش بیمه سلامت را ممنوع کرده است.

گواهی نماینده/کارگزار

گواهی نماینده/کارگزاری که به ارائه این درخواست کمک می‌کند: (1) تا جایی که می‌دانم، اطلاعات این درخواست کامل و دقیق است؛ و (2) به زبانی ساده و قابل فهم، خطر ارائه اطلاعات نادرست را برای متقاضی توضیح داده‌ام و او این توضیحات را متوجه شده است.

امضای نماینده/کارگزار _____ تاریخ _____

اگر نماینده/کارگزار از نادرستی هر نوع حقایق اساسی مطلع باشد و عمداً آن را صحیح اعلام کند، آن شخص علاوه بر پرداخت جریمه‌های قابل اجرا یا جبران خسارت تحت قانون فعلی، به پرداخت جریمه مدنی تا ده هزار دلار (\$10,000) نیز محکوم می‌شود. هر دادستان عمومی می‌تواند یک دعوی مدنی را برای اعمال آن جریمه مدنی ارائه دهد. مبلغ این جریمه‌ها باید به صندوق بیمه پرداخت شود.