

Ուն համար է նախատեսված այս ձևը

Medicare պլանից օգտվող անձանց, ովքեր ցանկանում են միանալ Medicare Advantage պլանին

Պլանին միանալու համար հարկավոր է՝

- Լինել Միացյալ Նահանգների քաղաքացի կամ օրինական հիմքերով գտնվել ԱՄՆ-ում
- Բնակվել պլանի սպասարկման տարածքում

Ուշադրություն. Medicare Advantage պլանին միանալու համար դուք պետք է նաև ունենաք երկուսն էլ՝

- Medicare-ի A բաժնի ապահովագրական ծածկույթ (հիվանդանոցային ապահովագրություն)
- Medicare-ի B բաժնի ապահովագրական ծածկույթ (բժշկական ապահովագրություն)

Երբ կարող եմ օգտագործել այս ձևը

Դուք կարող եք միանալ պլանին

- Ամեն տարի հոկտեմբերի 15-ից դեկտեմբերի 7-ն ընկած ժամանակահատվածում (հունվարի 1-ից սկսվող ապահովագրության համար)
- Medicare-ում առաջին անգամ գրանցվելուց հետո 3 ամսվա ընթացքում
- Որոշ դեպքերում ձեզ կարող է թույլատրվել միանալ պլանին կամ փոխել պլանները
- Երկու պլաններից օգտվելու իրավունակ անձանց թույլատրվում է ամսական մեկ անգամ գրանցվել Երկու պլաններից օգտվելու իրավունակ հատուկ կարիքներով անձանց համար նախատեսված ամբողջովին ինտեգրացված պլանում (FIDE SNP), Կանխավճարային ներդրումային վճարումների (AIP) ծրագրում կամ Original Medicare-ում՝ Դեղատոմսային դեղերի պլանով (PDP): Գրանցումն ուժի մեջ է հաջորդ ամսվա առաջին օրվանից:

Այցելեք **Medicare.gov** ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար, թե երբ կարող եք գրանցվել պլանում:

Ինչ է ինձ անհրաժեշտ այս ձևը լրացնելու համար

- Ձեր Medicare-ի համարը (ձեր կարմիր, սպիտակ և կապույտ Medicare քարտի համարը)
- Ձեր մշտական հասցեն և հեռախոսահամարը

Նշում. Դուք պետք է լրացնեք 1-ին բաժնի բոլոր կետերը: 2-րդ բաժնի կետերը լրացնելը ըստ ցանկության է. ձեզ չեն կարող չտրամադրել ապահովագրություն, եթե դրանք չլրացնեք:

Հիշեցում.

- Եթե ցանկանում եք պլանին միանալ աշնանային բաց գրանցման ժամանակ (հոկտեմբերի 15-դեկտեմբերի 7), պետք է պլանին ներկայացնեք լրացված ձևը մինչև դեկտեմբերի 7-ը:
- Ձեր պլանից դուք կստանաք պլանի ապահովագրավճարի հաշիվ: Դուք կարող եք ընտրել, որպեսզի ձեր ապահովագրավճարները հանվեն ձեր բանկային հաշվից, կամ ձեր ամսական սոցիալական ապահովության (կամ Railroad Retirement Board (RRB, Երկաթուղայինների կենսաթոշակային ֆոնդի)) նպաստից:

Հետագա քայլերը

Ձեր լրացված և ստորագրված ձևը էլիմստով, փոստով կամ ֆաքսով ուղարկեք հետևյալ հասցեին՝

Էլիմստ՝ WHMembership@blueshieldca.com

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

Ֆաքսով՝ (877) 251-3660

Երբ ընթացք տրվի պլանին միանալու ձեր հայցին, ձեզ հետ կապ կհաստատեն:

Ինչպե՞ս կարող եմ օգնություն ստանալ այս ձևի հետ կապված

Զանգահարեք ձեր լիազորված գործակալին կամ Blue Shield-ի ներկայացուցչին հետևյալ հեռախոսահամարով՝ **(888) 534-4263**:

TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**: Կամ զանգահարեք Medicare հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227):

TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 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.

Անօթևանների համար

- Եթե ցանկանում եք միանալ պլանին, բայց չունեք մշտական բնակության վայր, ձեր մշտական բնակության հասցեն կարող է համարվել աբոնեմենտային փոստարկղի հասցեն, ապաստարանի կամ կլինիկայի հասցեն կամ այն հասցեն, որտեղ փոստ էք ստանում (օրինակ՝ սոցիալական ապահովության չեկեր):

Համաձայն 1995 թվականի Paperwork Reduction Act-ի (PRA, Փաստաթղթաշրջանառության կրճատման մասին օրենքի)՝ ոչ ոք պարտավոր չէ արձագանքել տվյալների հավաքման պահանջին, եթե նշված չէ Office of Management and Budget-ի (OMB, Կառավարման և բյուջեի գրասենյակի) վավեր հսկիչ համարը: Սույնով պահանջվող տվյալների հավաքման OMB-ի վավեր հսկիչ համարն է 0938-1378: Այստեղ պահանջվող ինֆորմացիան լրացնելու համար անհրաժեշտ է հասկացնել մոտավորապես 20 րոպե յուրաքանչյուր պատասխանի համար, որի մեջ մտնում է հրահանգները կարդալու, առկա տվյալների ռեսուրսների որոնման, անհրաժեշտ տվյալների հավաքման, հավաքված տվյալները լրացնելու և վերանայելու համար ծախսված ժամանակը: Եթե ունեք մեկնաբանություններ ժամանակի գնահատման ճշգրտության վերաբերյալ, կամ առաջարկություններ այս ձևի բարելավման վերաբերյալ, կարող եք գրել հետևյալ հասցեին՝ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850:

ՈՒՇԱՄՈՒԹՅՈՒՆ

Մի՛ ուղարկեք այս ձևը կամ ձեր անձնական տվյալներով որևէ նյութ (օրինակ՝ հայց, վճարումներ, բժշկական արձանագրություններ և այլն) PRA Reports Clearance Office (PRA Հաշվետվությունների հաշվարկման բաժին): Մեր ստացած ցանկացած նյութ, որը չի վերաբերում այս ձևի կամ տվյալների հավաքման գործընթացի բարելավմանը (նշված է OMB 0938-1378 հոդվածում) կվերացվի: Այն չի պահպանվի, չի վերանայվի կամ ուղարկվի պլանին: Տե՛ս «Հետագա քայլերը» բաժինը այս էջում՝ ձեր լրացված ձևը պլանին ուղարկելու համար:

Բաժին 1 – Այս բաժնի բոլոր դաշտերը պարտադիր պետք է լրացվեն (եթե նշված չեն որպես կամրնտիր)**Ընտրեք պլանը, որին ցանկանում եք միանալ՝****Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)**☐ Los Angeles/San Diego վարչաշրջաններ
(\$0 ամսական)**Անձնական տվյալներ.**

Ազգանուն՝	Անուն՝	Հայրանվան սկզբնատառը՝ (ըստ ցանկության)
Ծննդյան ամսաթիվ (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)՝	Սեռ՝ ☐ Ար. ☐ Իգ.	
Հեռախոսահամար՝	Հեռախոսի տեսակը՝ ☐ Քաղաքային ☐ Բջջային	

Մշտական բնակության փոդոցի հասցեն (Մի մուտքագրեք արձնենտային փոստարկղի հասցեն: Նշում. Անօթևան անձանց համար արձնենտային փոստարկղի հասցեն կարող է համարվել մշտական բնակության հասցե).**Փոդոցի հասցե՝**

Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային ինդեքս՝
--------	---------	------------------

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

Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային ինդեքս՝
--------	---------	------------------

Medicare-ին առնչվող ձեր տվյալները՝

Medicare-ի համարը՝

Բուժապահովագրություն՝

Այլ բուժապահովագրության անվանումը՝

Այս ապահովագրության անդամի համարը՝

Այս ապահովագրության խմբի համարը՝

Դուք գրանցված եք նահանգային Medicaid (Medi-Cal) ծրագրում ☐ Այո ☐ Ոչ
Եթե այո, նշեք ձեր Medicaid-ի (Medi-Cal-ի) համարը (պարտադիր նշել)**Պատասխանեք այս կարևոր հարցերին՝**Բացի Blue Shield TotalDual Plan-ից դուք ունենալո՞ւ եք դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի այլ ապահովագրություն (օրինակ՝ VA, TRICARE) ☐ Այո ☐ Ոչ**Դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ապահովագրություն՝**

Այլ ապահովագրության անվանումը՝

Այս ապահովագրության անդամի համարը՝

Այս ապահովագրության խմբի համարը՝

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Կարդացեք և ստորագրեք ստորև.

- Blue Shield TotalDual Plan-ում մնալու համար ես պետք է պահպանեմ ինչպես հիվանդանոցային (A բաժին), այնպես էլ բժշկական (B բաժին) ապահովագրությունը:
- Միանալով Medicare Advantage պլանին՝ ես ընդունում եմ, որ Blue Shield TotalDual Plan-ն իմ տվյալները փոխանցելու է Medicare-ին, որը կարող է օգտագործել դրանք իմ գրանցման գործընթացին հետևելու, վճարումներ կատարելու և դաշնային օրենքով թույլատրված այլ նպատակների համար, որոնք թույլ են տալիս հավաքել այդ տվյալները (տե՛ս Privacy Act Statement-ը (Գաղտնիության մասին օրենքի դրույթը) ստորև): Դուք կամավոր եք պատասխանում այս ձևում ներկայացված հարցերին: Սակայն, ներկայացված հարցերին չպատասխանելու դեպքում դա կարող է ազդել պլանում ձեր գրանցվելու վրա:
- Ես հասկանում եմ, որ միաժամանակ կարող եմ գրանցվել միայն մեկ MA պլանում, և այս պլանում գրանցվելու դեպքում ավտոմատ կերպով կավարտվի մեկ այլ MA պլանում իմ գրանցումը (բացառություններ կիրառվում են MA Մասնավոր ապահովագրական ընկերությունների կողմից ծառայության դիմաց վճարման հիմունքով գործող (PFFS), MA Բժշկական խնայողական հաշվի (MSA) պլանների համար):
- Ես հասկանում եմ, որ երբ Blue Shield TotalDual Plan-ի ապահովագրությունը սկսվի, ես ստանալու եմ իմ բոլոր բժշկական և դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի նպաստները այդ Blue Shield TotalDual Plan-ից: Blue Shield TotalDual Plan-ի կողմից տրամադրվող նպաստներն ու ծառայությունները, որոնք ներկայացված են Blue Shield TotalDual Plan-ի *Evidence of Coverage-ում* (EOC, Ապահովագիր) (հայտնի է նաև որպես անդամի պայմանագիր կամ բաժանորդի համաձայնագիր), ներառված են լինելու ապահովագրական ծածկույթում: Ոչ Medicare-ը, ոչ էլ Blue Shield TotalDual Plan-ը չեն վճարելու այն նպաստների կամ ծառայությունների համար, որոնք ապահովագրական ծածկույթում ներառված չեն:
- Այս պլանը ներառում է հատուկ լրացուցիչ նպաստ քրոնիկ հիվանդություններ ունեցողների համար (SSBCI)՝ «Մանկի և մթերքների նպաստ» անվանումով: Ես հասկանում եմ, որ այս նպաստից օգտվելու համար ես պետք է ունենամ որոշակի երկարատև հիվանդություն, որը հայտնի է որպես քրոնիկ հիվանդություն: Blue Shield ընկերությունը կպարզի արդյոք ես իրավասու եմ ստանալու Մանկի և մթերքների նպաստը օգտագործելով իմ բժշկի տրամադրած տեղեկատվությունը կամ դիմելով նրան իմ քրոնիկ հիվանդության վերաբերյալ ստորագրված հայտարարության համար:
- Սույն գրանցման ձևում ներկայացված տեղեկատվությունը ճիշտ է, որքան ինձ հայտնի է: Ես հասկանում եմ, որ եթե դիտարկելով կեղծ տեղեկատվություն տրամադրեմ սույն ձևում, ես կհեռացվեմ պլանից:
- 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, ստորագրեք վերևում և լրացրեք այս դաշտերը:
Անուն՝

Փողոցի հասցե՝

Քաղաք՝

Նահանգ՝

Փոստային ինդեքս՝

Հեռախոսահամար՝

Գրանցվողի հետ կապը՝

Բաժին 2 – Այս բաժնի բոլոր դաշտերը լրացվում են ըստ ցանկության

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

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

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| ☐ Արաբերեն | ☐ Չինարեն (ավանդական) | ☐ Իսպաներեն |
| ☐ Հայերեն | ☐ Պարսկերեն | ☐ Տաղալերեն |
| ☐ Կամբոջերեն | ☐ Կորեերեն | ☐ Վիետնամերեն |
| ☐ Չինարեն (պարզեցված) | ☐ Ռուսերեն | |

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

- ☐ Բրայլյան գրատեսակով ☐ Խոշոր տպատառ ☐ Աուդիո դիսկով ☐ Կոմպակտ դիսկով

Դիմեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ **(800) 452-4413 (TTY՝ 711)** հեռախոսահամարով, եթե ցանկանում եք տեղեկատվական նյութերը ստանալ ձեզ մատչելի այլ ձևաչափով, որը նշված չէ վերևում: Մեր աշխատանքային ժամերն են՝ առավոտյան 8-ից մինչև երեկոյան 8-ը (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր:

Դուք աշխատում եք ☐ Այո ☐ Ոչ Ձեր ամուսինն աշխատում է ☐ Այո ☐ Ոչ

Նշեք ձեր առաջնային բուժօգնության բժշկին (PCP), կլինիկան կամ առողջապահական կենտրոնը.

Բժշկի, կլինիկայի կամ առողջապահական կենտրոնի անվանումը՝

Բժշկի, կլինիկայի կամ առողջապահական կենտրոնի ID համարը՝

Բժշկի, կլինիկայի կամ առողջապահական կենտրոնի խմբի անվանումը՝

Ներկայումս գրանցված պացիենտ եք ☐ Այո ☐ Ոչ

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 նորություններ 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: 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 տույժը, 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) նպաստից ամեն ամիս:** Վճարման տարբերակների մասին ավելի իմանալու համար այցելեք blueshieldca.com/medicarewaystopay կամ զանգահարեք 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 (D բաժնի IRMAA), ի լրումն պլանի ապահովագրավճարների, դուք պետք է վճարեք նաև այդ հավելյալ գումարը: Գումարը սովորաբար հանվում է ձեր սոցիալական ապահովության նպաստից, կամ դուք կարող եք հաշիվ ստանալ Medicare-ից (կամ RRB-ից): ՄԻ՝ վճարեք Blue Shield of California-ին D բաժնի IRMAA-ն:

Այն անձանց համար, ովքեր միայն օգնում են գրանցվողին լրացնել այս ձևը՝

Լրացրեք այս բաժինը, եթե դուք հանդիսանում եք անձ (օրինակ՝ գործակալ, միջնորդ, State Health Insurance Program-ի (SHIP, Բուժապահովագրության աջակցության նահանգային ծրագրի) խորհրդատու, ընտանիքի անդամ կամ այլ երրորդ կողմ), որ օգնում է անդամին լրացնել այս ձևը:

Անուն՝ _____ Գրանցվողի հետ կապը՝ _____

Ստորագրություն՝ _____

Օգնողի/գրող գործակալի մասին տեղեկություններ.

*Աստղանիշով նշված են պարտադիր լրացվող դաշտերը:

Նշանակված գործակալության անվանումը _____ Նշանակված գործակալության հարկային ID*՝ _____

Օգնողի/գրող գործակալի անունը*՝ _____ Օգնողի/գրող գործակալի անունը անհատական NPN*՝ _____

Օգնողի/գրող գործակալի էլփոստի հասցեն՝ _____ Օգնողի/գրող գործակալի հեռախոսահամարը՝ _____

Օգնողի/գրող գործակալի ստորագրությունը՝ _____ Ապահովագրական գործակալի կողմից դիմումի ստացման ամսաթիվը՝ _____

Իմ ստորագրությամբ ես սույնով հավաստում եմ, որ կարդացել և հասկացել եմ CMS 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:

Գաղտնիության մասին օրենքի դրույթ

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Medicare և Medicaid ծառայությունների կենտրոնները) ինֆորմացիա են հավաքում Medicare-ի պլաններից՝ Medicare Advantage (MA) պլաններում շահառուների գրանցմանը հետևելու, խնամքի որակը բարելավելու և Medicare-ի նպաստների վճարումներին հետևելու նպատակով: Social Security Act-ի (Մոնիթորինգային ապահովության մասին օրենքի) 1851-րդ և 1860D-1 բաժինները և Դաշնային կանոնակարգերի օրենսգրքի (CFR) 42-րդ գլխի §§ 422.50 և 422.60 հոդվածները թույլ են տալիս հավաքել այդ ինֆորմացիան: CMS-ը կարող է օգտագործել, բացահայտել և փոխանակել Medicare-ի շահառուների գրանցման տվյալները, ինչպես նշված է Տվյալների գրանցման համակարգի ծանուցման (SORN) մեջ՝ «Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)»-ի մասին 09-70-0588 հոդվածում: Դուք կամավոր եք պատասխանում այս ձևում ներկայացված հարցերին: Մակայն, ներկայացված հարցերին չպատասխանելու դեպքում դա կարող է ազդել պլանում ձեր գրանցվելու վրա:

Գրանցման ժամանակահատվածի իրավունքի հաստատում

Սովորաբար դուք կարող եք գրանցվել Medicare Advantage պլանում միայն ամենամյա գրանցման ժամանակահատվածում՝ յուրաքանչյուր տարվա հոկտեմբերի 15-ից մինչև դեկտեմբերի 7-ը:

Կարող են լինել բացառություններ, որոնք թույլ կտան ձեզ գրանցվել Medicare Advantage պլանում այս ժամանակահատվածից դուրս:

Ուշադիր կարդացեք հետևյալ հայտարարությունները և նշեք վանդակը, եթե հայտարարությունը վերաբերում է ձեզ: Նշելով ստորև վանդակներից որևէ մեկը՝ դուք հաստատում եք, որ որքան ձեզ հայտնի է՝ դուք իրավունք ունեք գրանցվելու գրանցման ժամանակահատվածում: Եթե ավելի ուշ մենք հայտնաբերենք, որ այս տեղեկատվությունը սխալ է, դուք կարող եք դուրս գալ գրանցումից:

- ☐ Ես Medicare-ի նոր անդամ եմ:
- ☐ Ես գրանցված եմ Medicare Advantage պլանում և ցանկանում եմ փոփոխություն կատարել Medicare Advantage-ի բաց գրանցման ժամանակահատվածում (MA OEP):
- ☐ Ես վերջերս դուրս եմ եկել իմ ընթացիկ պլանի սպասարկման տարածքից կամ վերջերս եմ այս տարածք տեղափոխվել, և ինձ համար նոր տարբերակներ են հասանելի դարձել: Ես տեղափոխվել եմ (մուտքագրեք ամսաթիվը ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)
_____:
- ☐ Ես վերջերս եմ ազատվել կալանքից: Ես ազատվել եմ կալանքից (մուտքագրեք ամսաթիվը ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)
_____:
- ☐ Ես վերջերս եմ վերադարձել Միացյալ Նահանգներ՝ ԱՄՆ-ի սահմաններից դուրս մշտական բնակությունից հետո: Ես վերադարձել եմ ԱՄՆ (մուտքագրեք ամսաթիվը ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)
_____:
- ☐ Ես վերջերս եմ ստացել Միացյալ Նահանգներում օրինական կեցության կարգավիճակ: Ես ստացել եմ կարգավիճակը (մուտքագրեք ամսաթիվը ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)
_____:
- ☐ Վերջերս ինձ մոտ փոփոխություն է տեղի ունեցել Medicaid պլանի հետ կապված (նորից եմ գրանցվել Medicaid-ում, փոխել եմ Medicaid-ի օգնության մակարդակը կամ կորցրել եմ Medicaid պլանից օգտվելու հնարավորությունը) (մուտքագրեք ամսաթիվը ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)
_____:
- ☐ Վերջերս ինձ մոտ փոփոխություն է տեղի ունեցել Extra Help (Լրացուցիչ օգնություն) ծրագրի հետ կապված, որն օգնում է վճարել Medicare-ի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ապահովագրության համար (նորից եմ գրանցվել Extra Help ծրագրում, փոխել եմ Extra Help ծրագրի մակարդակը կամ կորցրել եմ Extra Help ծրագրից օգտվելու հնարավորությունը) (մուտքագրեք ամսաթիվը ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)
_____:
- ☐ Ես օգտվում եմ Medicare-ից, և ստանում եմ Medicaid-ի բոլոր նպաստները: Ես ուզում եմ միանալ կամ անցնել այն պլանին, որը համակարգում է իմ Medicare-ի և Medicaid-ի կառավարվող բժշկական օգնության պլանների ապահովագրական ծածկույթը (այսպես կոչված Dual Eligible Special Needs Plan-ին (D-SNP, Երկու պլաններից օգտվելու իրավունակ հատուկ կարիքներ ունեցող անձանց համար նախատեսված պլան):
- ☐ Ես պատրաստվում եմ տեղափոխվել, ապրում եմ կամ վերջերս եմ տեղափոխվել Երկարաժամկետ խնամքի հաստատություն (օրինակ՝ ծերանոց կամ երկարաժամկետ խնամքի հաստատություն): Ես տեղափոխվել եմ/պատրաստվում եմ տեղափոխվել հաստատություն/դուրս եմ եկել այնտեղից (մուտքագրեք ամսաթիվը ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)
_____:

- ☐ Ես վերջերս եմ դուրս եկել Program of All-Inclusive Care for the Elderly ծրագրից (PACE, Ծերերի համապարփակ խնամքի ծրագիր) (մուտքագրեք ամսաթիվը ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ) _____:
- ☐ Վերջերս ես ոչ իմ կամքով կորցրեցի իմ վստահելի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ապահովագրությունից օգտվելու հնարավորությունը (այն նույնքան լավն էր, որքան Medicare-ը): Դա տեղի ունեցավ (նշեք ամսաթիվը ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ) _____:
- ☐ Ես դուրս եմ գալիս գործատուի կամ արհմիության ապահովագրական ծածկույթից (մուտքագրեք ամսաթիվը ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ) _____:
- ☐ Ես ընդգրկված եմ State Pharmaceutical Assistance Program-ում (Դեղորայքային օգնության նահանգային ծրագիր) կամ կորցնում եմ օգնությունը State Pharmaceutical Assistance Program-ով:
- ☐ Իմ պլանը դադարեցնում է Medicare-ի հետ իր պայմանագիրը, կամ Medicare-ն է դադարեցնում իմ պլանի հետ պայմանագիրը:
- ☐ Ես գրանցվել եմ պլանում Medicare-ի (կամ իմ նահանգի) կողմից և ես ուզում եմ այլ պլան ընտրել: Ինձ գրանցել են այդ պլանում (նշեք ամսաթիվը ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ) _____:
- ☐ Ես գրանցված եմ Special Needs Plan-ում (SNP, Հատուկ կարիքների պլան), բայց այլևս չեմ համապատասխանում հատուկ կարիքների պլանից օգտվելու չափանիշներին: Ես դուրս եմ եկել SNP-ից (նշեք ամսաթիվը ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ) _____:
- ☐ Ես տուժել եմ արտակարգ իրավիճակի կամ խոշոր աղետի պատճառով (որի մասին հայտարարվել է Federal Emergency Management Agency-ի (FEMA, Արտակարգ իրավիճակների կառավարման դաշնային գործակալություն) կողմից կամ դաշնային, նահանգային կամ տեղական կառավարման մարմնի կողմից): Այստեղ նշված հայտարարություններից մեկը վերաբերում էր ինձ, բայց ես չեմ կարողացել իմ գրանցման հայց ներկայացնել աղետի պատճառով:
- ☐ Ես բաց եմ թողել Նախնական ընտրության ժամանակահատվածը (IEP)
- ☐ Ես բաց եմ թողել Ամենամյա գրանցման ժամանակահատվածը (AEP)

Եթե այս հայտարարություններից ոչ մեկը ձեզ չի վերաբերում կամ դուք վստահ չեք, կապ հաստատեք Blue Shield of California-ի հետ **(800) 534-4263 (TTY 711)** հեռախոսահամարով կամ լիազորված գործակալի հետ՝ պարզելու համար արդյոք իրավունք ունեք գրանցվել: Մենք բաց ենք առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), շաբաթը յոթ օր՝ հոկտեմբերի 1-ից մինչև մարտի 31-ը, և առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 8-ը (խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով), երկուշաբթիից ուրբաթ, ապրիլի 1-ից մինչև սեպտեմբերի 30-ը:

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: