



Blue Shield of California Medicare Advantage 計劃 退保表格

如果您申請退保，您必須在退保生效日之前繼續從 Blue Shield Medicare Advantage 計劃獲得所有醫療護理。在您尋求 Blue Shield Medicare Advantage 計劃網絡外的醫療服務前，請聯絡我們以確認您的退保。在收到您的表格後，我們將通知您生效日期。

會員編號：

姓氏：

名字：

中间名首字母：

出生日期（月/日/年）：

性別：☐ 男 ☐ 女

家庭電話號碼：

在本退保表格上簽名並註明日期前，請仔細閱讀並填寫以下的資訊：

如果本人已入保其他 Medicare Advantage 或 Medicare 處方藥計劃，本人瞭解 Medicare 將在新的入保生效日取消本人目前在 Blue Shield Medicare Advantage 計劃的會籍。本人瞭解，本人當前可能不能入保其他計劃。本人也瞭解，如果本人退保 Medicare 處方藥保險，而將來需要 Medicare 處方藥保險時，對此項保險，本人可能必須支付較高的保險費。

您的簽名*：

當日日期（月/日/年）：

*或依據您居住地的州法律而獲授權代表您行事之人的簽名。若由（如上所述的）受託人簽名，則此等簽名保證：

- 1) 該人士根據州法律獲得授權以填寫此退保表格，並且
- 2) 可應 Blue Shield Medicare Advantage 計劃或 Medicare 的要求提供授權文件。

如果您是授權代表，您必須提供以下資訊：

姓氏：

名字：

中间名首字母：

街道地址：

城市：

州：

郵遞區號：

電話號碼：

與參保人的關係：

通常您僅可在以下時間申請從 Medicare Advantage 計劃中退保：每年 10 月 15 日至 12 月 7 日的年度註冊期，或者每年 1 月 1 日至 3 月 31 日的 Medicare Advantage 開放註冊期。在例外情況下可以在年度註冊期間外從 Medicare Advantage 計劃中退保。

請仔細閱讀以下陳述項，並勾選符合您實際情況的陳述項對應的方框。勾選下述任何方框即保證您盡您所知認為自己符合選擇期例外條件。

- ☐ 本人最近於（填寫日期）（月/日/年）變更了本人的 Medicaid（新近獲得 Medicaid、調整 Medicaid 援助程度或喪失 Medicaid）。

- ☐ 本人最近於（填寫日期）（月/日/年）變更了支付 Medicare 處方藥保險的 Extra Help（額外補助）（新近獲得 Extra Help、調整 Extra Help 程度或喪失 Extra Help）。

- ☐ 本人入住、居住在或最近剛剛搬出長期照護設施（例如療養院、長期照護設施）。本人已於/將於（填寫日期）（月/日/年）入住/搬離此等設施。

- ☐ 本人將於（填寫日期）（月/日/年）加入 Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, 老年人全面護理項目)。

- ☐ 本人將於（填寫日期）（月/日/年）加入僱主或工會的保險。

- ☐ 本人註冊了 Medicare（或本人所在的州）的計劃，本人想選擇一個不同的計劃。本人在該計劃中的註冊日期為（填寫日期）（月/日/年）。

若您的真實情況與上述各項均不相符，或您不確定是否符合，請撥打 **(800) 776-4466 (TTY: 711)** 聯絡 Blue Shield of California Medicare Advantage 計劃客戶服務部落實自己是否具備退保資格。對於加入 Dual Special Needs Plan (D-SNP, 雙重資格特殊需求計劃) 計劃的會員，請聯絡客戶服務部，電話：**(800) 452-4413 (TTY: 711)**。服務時間：每週七天，每天上午 8 點至下午 8 點（太平洋時間）。

請透過郵寄、傳真或電子郵件將填妥並簽字的表格發送至：

電子郵件： WHMembership@blueshieldca.com

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

傳真： (877) 251-3660