



# ទម្រង់បែបបទលុបឈ្មោះចេញពី គម្រោង Blue Shield of California Medicare Advantage

ប្រសិនបើ អ្នកស្នើសុំការលុបឈ្មោះចេញ អ្នកត្រូវតែបន្តទទួលការថែទាំសុខភាពទាំងអស់ពី គម្រោង Blue Shield Medicare Advantage របស់អ្នករហូតដល់កាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពនៃការលុបឈ្មោះចេញ។ សូមទាក់ទងមកយើងខ្ញុំដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ការលុបឈ្មោះរបស់អ្នកមុនពេលអ្នកស្វែងរកសេវាវេជ្ជសាស្ត្រនៅខាងក្រៅបណ្តាញ Blue Shield Medicare Advantage។ យើងនឹងជូនដំណឹងដល់អ្នកអំពី កាលបរិច្ឆេទមានប្រសិទ្ធភាពរបស់អ្នក បន្ទាប់ពី យើងទទួលបានទម្រង់បែបបទនេះពី អ្នក។

លេខសមាជិក៖

|                                   |           |                                                                   |
|-----------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------|
| នាមត្រកូល៖                        | នាមខ្លួន៖ | ឈ្មោះកណ្តាលជាអក្សរកាត់៖                                           |
| ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)៖ |           | ភេទ៖ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី |

លេខទូរសព្ទនៅផ្ទះ៖

សូមអានដោយប្រុងប្រយ័ត្ន និងបំពេញព័ត៌មានខាងក្រោមមុនពេលចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទទម្រង់បែបបទលុបឈ្មោះនេះ។ ប្រសិនបើ ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage ឬគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare ផ្សេងទៀត ខ្ញុំយល់ថា Medicare នឹងលុបចោលនូវសមាជិកភាពបច្ចុប្បន្នរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងគម្រោង Blue Shield Medicare Advantage នៅកាលបរិច្ឆេទនៃការចុះឈ្មោះថ្មី មានប្រសិទ្ធភាពនោះ។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំប្រហែលជាមិនអាចចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងផ្សេងទៀតបានទេនៅពេលនេះ។ ខ្ញុំក៏យល់ដែរថា ប្រសិនបើ ខ្ញុំលុបឈ្មោះចេញពី ការធានារ៉ាប់រងលើ ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare របស់ខ្ញុំ ហើយយើងបានការធានារ៉ាប់រងលើ ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare នាពេលអនាគត ខ្ញុំប្រហែលជាត្រូវបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងខ្ពស់ជាងនេះសម្រាប់ការធានារ៉ាប់រងនេះ។

|                   |                                     |
|-------------------|-------------------------------------|
| ហត្ថលេខារបស់អ្នក៖ | កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ)៖ |
|-------------------|-------------------------------------|

- \* ឬហត្ថលេខារបស់អ្នកដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើសកម្មភាពជំនួសអ្នកក្រោមច្បាប់នៃរដ្ឋដែលអ្នករស់នៅ។ ប្រសិនបើចុះហត្ថលេខាដោយបុគ្គលដែលមានការអនុញ្ញាត (ដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ) ហត្ថលេខានេះបញ្ជាក់ថា៖
- 1) បុគ្គលនេះត្រូវបានអនុញ្ញាតក្រោមច្បាប់រដ្ឋ ដើម្បីបញ្ចប់តាមការលុបឈ្មោះនេះ និង
  - 2) ឯកសារអំពីសិទ្ធិអំណាចនេះអាចរកបានតាមការស្នើសុំរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare Advantage ឬដោយ Medicare។

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាត អ្នកត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានដូចខាងក្រោម៖

|                              |           |                         |
|------------------------------|-----------|-------------------------|
| នាមត្រកូល៖                   | នាមខ្លួន៖ | ឈ្មោះកណ្តាលជាអក្សរកាត់៖ |
| អាសយដ្ឋានផ្ទះ៖               |           |                         |
| ទីក្រុង៖                     | រដ្ឋ៖     | លេខកូដតំបន់៖            |
| លេខទូរសព្ទ៖                  |           |                         |
| ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចុះឈ្មោះ៖ |           |                         |

ជាធម្មតា អ្នកអាចលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង Medicare Advantage បានក្នុងអំឡុងពេលចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំចាប់ពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ នៃឆ្នាំនីមួយៗ ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះរបស់ Medicare Advantage ចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា នៃឆ្នាំនីមួយៗប៉ុណ្ណោះ។ មានករណី លើកលែងដែលអាចអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកលុបឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare Advantage នៅខាងក្រោយពេលនេះ។

សូមអានសេចក្តីថ្លែងការណ៍ ខាងក្រោមដោយយកចិត្តទុកដាក់ ហើយគូសប្រអប់ ប្រសិនបើ សេចក្តីថ្លែងការណ៍ នេះត្រឹមត្រូវចំពោះអ្នក។ តាមរយៈការគូសផឹកប្រអប់ណាមួយខាងក្រោម អ្នកកំពុងបញ្ជាក់ថា តាមចំណេះដឹងដ៏ល្អបំផុតរបស់អ្នក អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានរយៈពេលនៃការជ្រើសរើស។

- ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំបានប្តូរចូល Medicaid របស់ខ្ញុំ (ទើបទទួលបាន Medicaid ថ្មីៗ បានប្តូរចូលកម្រិតតំណូនយ Medicaid ឬបាត់បង់ Medicaid) នៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ) (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)
- ☐ ថ្មីៗនេះ ខ្ញុំមានការផ្លាស់ប្តូរក្នុងកម្មវិធី Extra Help (ជំនួយបន្ថែម) របស់ខ្ញុំសម្រាប់ការបង់ថ្លៃធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់ Medicare (ទើបតែទទួលបានកម្មវិធី Extra Help មានការផ្លាស់ប្តូរកម្រិតតំណូនយកម្មវិធី Extra Help ឬបាត់បង់កម្មវិធី Extra Help) នៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ) (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)
- ☐ ខ្ញុំនឹងផ្លាស់ទីលំនៅទៅមណ្ឌលថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែង រស់នៅក្នុងមណ្ឌល ឬទើបផ្លាស់ចេញពីមណ្ឌលនោះ (ឧទាហរណ៍ មណ្ឌលថែទាំសុខភាព ឬមណ្ឌលថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែង)។ ខ្ញុំបានផ្លាស់ទីលំនៅ/នឹងផ្លាស់ទីលំនៅចូល/ចេញពីមណ្ឌលនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ) (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)
- ☐ ខ្ញុំនឹងចូលរួមក្នុងកម្មវិធី Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, ការថែទាំដែលរួមបញ្ចូលគ្រប់យ៉ាងសម្រាប់មនុស្សចាស់) នៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ) (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)។
- ☐ ខ្ញុំនឹងចូលរួមជាមួយនិយោជក ឬសហជីពនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ) (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)។
- ☐ ខ្ញុំបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងពី Medicare (ឬរដ្ឋរបស់ខ្ញុំ) ហើយខ្ញុំចង់ជ្រើសរើសគម្រោងផ្សេងទៀត។ ការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំនៅក្នុងគម្រោងនោះបានចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី (បញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទ) (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)

ប្រសិនបើ សេចក្តីថ្លែងការណ៍ ទាំងនេះមិនអនុវត្តចំពោះអ្នក ឬអ្នកមិនប្រាកដទេ សូមទាក់ទងសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ Blue Shield of California Medicare Advantage តាមរយៈលេខ (800) 776-4466 (TTY: 711) ដើម្បី ឆ្លើយតបថា អ្នកមានសិទ្ធិក្នុងការលុបឈ្មោះដែរឬទេ។ សម្រាប់សមាជិកដែលបានចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Dual Special Needs Plan (D-SNP, គម្រោងតម្រូវការពិសេសទៀត) សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនតាមរយៈលេខ (800) 452-4413 (TTY: 711)។ យើងបើកពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ម៉ោងតំបន់ប៉ាស៊ីហ្វិក បានប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

អ៊ីមែល ប្រៃសណីយ៍ ឬទូរសារទម្រង់បែបបទដែលបានបំពេញ និងចុះហត្ថលេខារបស់អ្នកទៅកាន់៖  
អ៊ីមែល៖ WHMembership@blueshieldca.com  
ប្រៃសណីយ៍៖ Blue Shield of California  
P.O. Box 948  
Woodland Hills, CA 91365-9856  
ទូរសារ៖ (877) 251-3660