



Форма отказа от плана Blue Shield of California Medicare Advantage

Если вы запрашиваете отказ, вы должны продолжать получать всю медицинскую помощь по вашему плану Blue Shield Medicare Advantage до даты вступления отказа в силу. Свяжитесь с нами, чтобы подтвердить ваш отказ, прежде чем обращаться за медицинскими услугами вне сети плана Blue Shield Medicare Advantage. Мы уведомим вас о дате вступления в силу отказа после получения этой формы от вас.

Номер участника:

Фамилия:	Имя:	Средний инициал:
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):		Пол: ☐ Мужской ☐ Женский

Домашний номер телефона:

Пожалуйста, внимательно прочитайте и заполните следующую информацию перед тем, как подписать и датировать эту форму отказа:

Если я зарегистрировался(-ась) в другом плане Medicare Advantage или плане лекарственного обеспечения по программе Medicare, я понимаю, что Medicare отменит мое текущее членство в плане Blue Shield Medicare Advantage на дату вступления в силу новой регистрации. Я понимаю, что я могу не иметь возможности зарегистрироваться в другом плане в настоящее время. Я также понимаю, что если я отказываюсь от покрытия лекарственных препаратов по Medicare и захочу получить это покрытие в будущем, мне, возможно, придется платить более высокий взнос за покрытие Medicare.

Ваша подпись*:	Сегодняшняя дата (ММ/ДД/ГГГГ):
----------------	--------------------------------

*Или подпись лица, уполномоченного действовать от вашего имени в соответствии с законами штата, в котором вы проживаете. Если эта подпись оставлена уполномоченным лицом (как описано выше), эта подпись удостоверяет, что:

- 1) Это лицо уполномочено в соответствии с законодательством штата выполнить этот отказ и
- 2) Документация об этих полномочиях может быть получена по запросу плана Blue Shield Medicare Advantage или Medicare.

Если вы являетесь уполномоченным представителем, вы должны предоставить следующую информацию:

Фамилия:	Имя:	Средний инициал:
Улица, дом:		
Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Номер телефона:		
Отношение к регистрируемому:		

Как правило, вы можете отказаться от участия в плане Medicare Advantage только в течение ежегодного периода регистрации с 15 октября по 7 декабря каждого года или в течение периода открытой регистрации в Medicare Advantage с 1 января по 31 марта каждого года. Существуют исключения, когда вы можете отказаться от участия в плане Medicare Advantage за пределами этого периода.

Пожалуйста, внимательно прочитайте следующие утверждения и установите флажок, если они относятся к вам. Установив любой из следующих флажков, вы подтверждаете, что, насколько вам известно, вы имеете право воспользоваться Периодом выбора.

- ☐ Недавно у меня произошло изменение в моей программе Medicaid (я новичок в Medicaid, изменился уровень помощи Medicaid или я потерял(-а) Medicaid) (укажите дату ММ/ДД/ГГГГ).

- ☐ Недавно у меня была изменена Extra Help (дополнительная помощь) по оплате рецептурных препаратов Medicare (я снова получил(-а) Extra Help, изменился уровень Extra Help или потерял(-а) Extra Help) (укажите дату ММ/ДД/ГГГГ).

- ☐ Я переезжаю в, живу в или недавно покинул(-а) учреждение долгосрочного ухода (например, дом престарелых). Я переехал(-а)/перееду в/из учреждения (укажите дату ММ/ДД/ГГГГ).

- ☐ Я присоединился(-ась) к программе Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, Программа комплексного ухода за пожилыми людьми) (укажите дату ММ/ДД/ГГГГ).

- ☐ Я присоединился(-ась) к страховому покрытию работодателя или профсоюза (укажите дату ММ/ДД/ГГГГ).

- ☐ Я был(-а) зарегистрирован(-а) в плане Medicare (или моего штата), и я хочу выбрать другой план. Мое участие в этом плане началось (укажите дату ММ/ДД/ГГГГ).

Если ни одно из этих утверждений к вам не относится или вы не уверены, свяжитесь с Центром поддержки участников плана Blue Shield of California Medicare Advantage по телефону **(800) 776-4466 (TTY: 711)**, чтобы узнать, имеете ли вы право на прекращение участия (отказ). Для участников, зарегистрированных в планах Dual Special Needs Plan (D-SNP, План для лиц с особыми потребностями): пожалуйста, свяжитесь с Центром поддержки участников по номеру **(800) 452-4413 (TTY: 711)**. Мы работаем с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени без выходных.

Отправьте заполненную и подписанную форму по электронной почте, почте или по факсу:

Эл. почта: WHMembership@blueshieldca.com

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

Факс: (877) 251-3660