



Form Pag-alis sa Pagkakatala sa Planong Medicare Advantage ng Blue Shield of California

Kung humiling kang alisin sa pagkakatala, dapat patuloy mong kunin ang lahat ng medikal na pangangalaga mula sa iyong Planong Medicare Advantage ng Blue Shield hanggang sa petsa ng pag-iral ng pag-alis sa pagkakatala. Makipag-ugnayan sa amin para i-verify ang iyong pag-alis sa pagkakatala bago ka humingi ng mga medikal na serbisyo sa labas ng network ng Planong Medicare Advantage ng Blue Shield. Aabisuhan ka namin tungkol sa iyong petsa ng pag-iral pagkatapos naming makuha ang form na ito mula sa iyo.

Numero ng miyembro:

Apelyido:	Unang pangalan:	Gitnang inisyal:
Petsa ng kapanganakan (MM/DD/YYYY):	Biolohikal na Kasarian: ☐ Lalaki ☐ Babae	

Numero ng telepono sa bahay:

Mangyaring maingat na basahin at kumpletuhin ang sumusunod na impormasyon bago lagdaan at lagyan ng petsa ang form ng pag-alis sa pagkakatalang ito:

Kung nagpatala ako sa isa pang Medicare Advantage o Plano sa Resetang gamot ng Medicare, nauunawaan kong kakanselahin ng Medicare ang aking kasalukuyang pagiging miyembro sa Planong Medicare Advantage ng Blue Shield sa petsa ng pag-iral ng bagong pagpapatalang iyon. Nauunawaan kong baka hindi ako makapagpatala sa ibang plano sa ngayon. Nauunawaan ko ring kung aalis ako sa pagkakatala mula sa aking saklaw sa resetang gamot ng Medicare at gusto ko ng saklaw sa resetang gamot ng Medicare sa hinaharap, posibleng kailanganin kong magbayad ng mas mataas na premium para sa saklaw na ito.

Ang iyong lagda*:	Petsa ngayon (MM/DD/YYYY):
-------------------	----------------------------

*O ang lagda ng taong pinahintulutang kumilos sa ngalan mo sa ilalim ng mga batas ng Estado kung saan ka nakatira. Kung nilagdaan ng pinahintulutang indibidwal (tulad ng inilarawan sa itaas), pinatutunayan ng lagdang itong:

- 1) Pinahintulutan ang taong ito sa ilalim ng batas ng Estado para sagutan ang pag-alis sa pagkakatalang ito, at
- 2) Makukuha ang dokumentasyon ng awtoridad na ito kapag hiniling ng Planong Medicare Advantage ng Blue Shield o Medicare.

Kung ikaw ang pinahintulutang kinatawan, dapat ibigay mo ang sumusunod na impormasyon:

Apelyido:	Unang pangalan:	Gitnang inisyal:
Street address:		
Lungsod:	Estado:	ZIP code:
Numero ng telepono:		
Relasyon sa nakatala:		

Karaniwang puwede ka lang umalis sa pagkakatala mula sa planong Medicare Advantage sa taunang yugto ng pagpapatala mula Oktubre 15 hanggang sa Disyembre 7 ng bawat taon o sa panahon ng Bukas na Yugto ng Pagpapatala ng Medicare Advantage mula Enero 1 hanggang sa Marso 31 ng bawat taon. May mga pagbubukod na posibleng magbigay-daan sa iyong umalis sa pagkakatala mula sa planong Medicare Advantage sa labas ng yugtong ito.

Mangyaring basahin nang mabuti ang mga sumusunod na pahayag at lagyan ng tsek ang kahon kung nalalapat sa iyo ang pahayag. Sa pamamagitan ng paglalagay ng tsek sa alinman sa mga sumusunod na kahon, pinatutunayan mong, sa abot ng iyong kaalaman, kwalipikado ka para sa Yugto ng Pagpapatala.

- ☐ Kamakailan akong nagkaroon ng pagbabago sa aking Medicaid (bagong nakuha ang Medicaid, nagkaroon ng pagbabago sa antas ng tulong ng Medicaid, o nawala ang Medicaid) noong (ilagay ang petsa) (MM/DD/YYYY).
- ☐ Kamakailan akong nagkaroon ng pagbabago sa aking Extra Help (Dagdag na Tulong) na nagbabayad para sa saklaw sa resetang gamot ng Medicare (bagong nakuha ang Extra Help, nagkaroon ng pagbabago sa antas ng Extra Help, o nawala ang Extra Help) noong (ilagay ang petsa) (MM/DD/YYYY).
- ☐ Lilipat, nakatira ako, o kamakailan akong umalis sa isang Pasilidad ng Pangmatagalang Pangangalaga (halimbawa, isang nursing home o pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga). Lumipat/lilipat/aalis ako sa pasilidad sa (ilagay ang petsa) (MM/DD/YYYY).
- ☐ Sasali ako sa isang programa ng Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, Programa ng Ingklusibo sa Lahat na Pangangalaga para sa Matatanda) sa (ilagay ang petsa) (MM/DD/YYYY).
- ☐ Sasali ako sa saklaw ng employer o unyon sa (ilagay ang petsa) (MM/DD/YYYY).
- ☐ Nakatala ako sa isang planong Medicare (o estado ko) at gusto kong pumili ng ibang plano. Nagsimula ang pagpapatala ko sa planong iyon noong (ilagay ang petsa) (MM/DD/YYYY).

Kung wala sa mga pahayag na ito ang nalalapat sa iyo o hindi ka sigurado, mangyaring makipag-ugnayan sa Serbisyo sa Customer ng Planong Medicare Advantage ng Blue Shield of California sa **(800) 776-4466 (TTY: 711)** para malaman kung kwalipikado ka para umalis sa pagkakatala. Para sa mga miyembrong nakatala sa mga planong Dual Special Needs Plan (D-SNP, Plano sa Mga Espesyal na Pangangailangan para sa Doble ang Pagiging Kwalipikado), mangyaring makipag-ugnayan sa Serbisyo sa Customer sa **(800) 452-4413 (TTY: 711)**. Bukas kami mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Pacific time, pitong araw sa isang linggo.

I-email, I-mail, o I-fax ang iyong nasagutan at nilagdaang form sa:

Email: WHMembership@blueshieldca.com

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

Fax: (877) 251-3660