



# 2027թ. Blue Shield of California Medicare Advantage-ի պլանը փոխելու ձև

Ընթացիկ Blue Shield of California Medicare Advantage Plan-ի անդամները կարող են օգտագործել գրանցման այս հսկիրձ ձևը՝ գրանցվելու համար Medicare Advantage Plan-ում, որն առաջարկվում է Blue Shield of California-ի կողմից:

Գրանցման լրացված ձևն ուղարկեք ֆաքսով կամ էլեկտրոնային փոստով՝ հետևյալ հասցեով՝

Ֆաքսով՝ (877) 251-3660

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

Ներկայումս ես \_\_\_\_\_ պլանի անդամ եմ \_\_\_\_\_  
ամսական \$ \_\_\_\_\_ ապահովագրավճարով:

Ընտրեք պլանը, որին ցանկանում եք փոխել՝

## Blue Shield Inspire (HMO)

- ☐ Alameda/San Mateo վարչաշրջաններ (\$60 ամսական)
- ☐ Los Angeles/Orange վարչաշրջաններ (\$0 ամսական)
- ☐ Merced/San Joaquin/Santa Clara/Stanislaus վարչաշրջաններ (\$61 ամսական)

## Blue Shield 65 Plus (HMO)

- ☐ Los Angeles/Orange վարչաշրջաններ (\$0 ամսական)
- ☐ Kern վարչաշրջան (\$0 ամսական)
- ☐ Riverside վարչաշրջան (\$0 ամսական)
- ☐ San Bernardino վարչաշրջան (\$0 ամսական)
- ☐ San Diego վարչաշրջան (\$0 ամսական)
- ☐ San Luis Obispo/Santa Barbara վարչաշրջաններ (\$70 ամսական)

## Blue Shield Advantage (HMO)

- ☐ San Joaquin վարչաշրջան (\$20 ամսական)
- ☐ Sacramento/Placer վարչաշրջաններ (\$19 ամսական)
- ☐ Los Angeles/Orange վարչաշրջաններ (\$0 ամսական)
- ☐ San Diego վարչաշրջան (\$0 ամսական)

## Blue Shield 65 Plus Choice Plan (HMO)

- ☐ Riverside/San Bernardino վարչաշրջաններ (\$0 ամսական)

## Blue Shield AdvantageOptimum Plan (HMO)

- ☐ Los Angeles/Orange վարչաշրջաններ (\$0 ամսական)

## Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 (HMO)

- ☐ San Diego վարչաշրջան (\$0 ամսական)

## Blue Shield 65 Plus Plan 2 (HMO)

- ☐ Los Angeles/Orange վարչաշրջաններ (\$0 ամսական)

## Blue Shield Value Advantage Plan

### \*\*Առանց միջնորդավճարի\*\*

- ☐ Los Angeles վարչաշրջան (\$0 ամսական)
- ☐ San Diego վարչաշրջան (\$0 ամսական)

Ես հասկանում եմ, որ այս պլանն ունի տարբեր առողջապահական նպաստներ, և կարող է նախատեսված լինել ամսական ապահովագրավճար, ինչպես նշված է վերևում:

Համաձայն 1995 թվականի Paperwork Reduction Act-ի (Փաստաթղթաշրջանառության կրճատման մասին օրենք)՝ 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: Մույնով պահանջվող տվյալների հավաքման OMB-ի վավեր հսկիչ համարն է 0938-1378: Այստեղ պահանջվող ինֆորմացիան լրացնելու համար անհրաժեշտ է հատկացնել 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:

Y0118\_26\_157A\_M Approved 07272026

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                             |                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Անդամի համարը՝</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                             |                                               |
| <b>Ազգանուն՝</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Անուն՝</b>                                                                               | <b>Հայրանվան սկզբնատառը (ըստ ցանկության)՝</b> |
| <b>Հեռախոսահամար՝</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Հեռախոսի տեսակը՝</b> <input type="checkbox"/> Քաղաքային <input type="checkbox"/> Բջջային |                                               |
| <b>Մշտական բնակության փողոցի հասցեն</b> (Մի մուտքագրեք աբոնենտային փոստարկղի հասցեն: Նշում. Անօթևան անձանց համար աբոնենտային փոստարկղի հասցեն կարող է համարվել մշտական բնակության հասցե).<br><b>Փողոցի հասցե՝</b>                                                                                                                                                      |                                                                                             |                                               |
| <b>Քաղաք՝</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Նահանգ՝</b>                                                                              | <b>Փոստային ինդեքս՝</b>                       |
| <b>Փոստային հասցե, եթե տարբերվում է ձեր մշտական հասցեից</b> (Թույլատրվում է փոստարկղ)՝<br><b>Փողոցի հասցե՝</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                             |                                               |
| <b>Քաղաք՝</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Նահանգ՝</b>                                                                              | <b>Փոստային ինդեքս՝</b>                       |
| <b>Խնդրում ենք նշել՝ ցանկանում եք գրանցվել կամրնտիր լրացուցիչ Dental HMO պլանում, թե կամրնտիր լրացուցիչ ատամնաբուժական միայն ներցանցային (INO) պլանում</b><br><input type="checkbox"/> Կամրնտիր լրացուցիչ Dental HMO պլան (\$16.20 ամսական) (հասանելի չէ բոլոր պլաններում/սպասարկման տարածքներում: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս պլանի նպաստների համառոտագիրը) |                                                                                             |                                               |
| <b>Ատամնաբույժի անունը՝</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                             |                                               |
| <b>Բուժճառայություններ մատուցողի ID համար՝</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                             |                                               |
| Եթե ատամնաբույժ չընտրեք, գրանցման պահին ձեզ ատամնաբույժ կնշանակվի:                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                             |                                               |
| <input type="checkbox"/> Կամրնտիր լրացուցիչ ատամնաբուժական միայն ներցանցային (INO) պլան (\$49.00 ամսական) (հասանելի չէ բոլոր պլաններում/սպասարկման տարածքներում: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս պլանի նպաստների համառոտագիրը): Կամրնտիր լրացուցիչ ատամնաբուժական միայն ներցանցային (INO) պլանի համար ատամնաբույժ ընտրելու կարիք չկա:                            |                                                                                             |                                               |
| <b>Ընտրված առաջնային խնամքի բժշկի անունը (PCP) կամ կլինիկան (միայն HMO)՝</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                             |                                               |

**Այս բաժնի դաշտերը պարտադիր չեն լրացման համար**  
**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:

☐ Իսպաներեն

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

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

Դիմեք Blue Shield-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ **(800) 776-4466 (TTY՝ 711)**

հեռախոսահամարով, եթե ցանկանում եք տեղեկատվական նյութերը ստանալ ձեզ մատչելի այլ ձևաչափով կամ լեզվով, որը նշված չէ վերևում: Մեր աշխատանքային ժամերն են 8:00-ից մինչև 20:00 խաղաղօվկիանոսյան ժամանակով, շաբաթը յոթ օր:

**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 ապահովագրավճարը

Դուք կարող եք ամեն ամիս փոստով վճարել ձեր պլանի ամսական ապահովագրավճարը (այդ թվում՝ ուշ գրանցման հետ կապված ցանկացած տույժ, 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, երկաթուղայինների կենսաթոշակային ֆոնդ) հաշվից ամեն ամիս:

Վճարման տարբերակների մասին ավելի իմանալու համար այցելեք [blueshieldca.com/medicarewaystopay](https://blueshieldca.com/medicarewaystopay) կամ զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն (800) 776-4466 (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, ապա ծանուցում կստանաք Սոցիալական ապահովության վարչության կողմից: Ի լրումն պլանի ապահովագրավճարների, դուք պետք է վճարեք նաև այդ հավելյալ գումարը: Գումարը սովորաբար պահվում է ձեր սոցիալական ապահովության նպաստից, կամ դուք կարող եք հաշիվ ստանալ անմիջապես Medicare-ից կամ Railroad Retirement Board-ից: ՄԻ՝ վճարեք Blue Shield of California-ին D-IRMAA բաժնի համար:

Սահմանափակ եկամուտներ ունեցող անձինք կարող են իրավունք ունենալ օգտվելու Extra Help (Լրացուցիչ օգնություն) ծրագրից՝ վճարելու համար իրենց դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ծախսերը: Եթե համապատասխանում եք այս չափանիշներին, Medicare-ը կարող է վճարել ձեր դեղերի ծախսերը, այդ թվում՝ ամսական դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ապահովագրավճարները, տարեկան չհատուցվող գումարը և համաապահովագրության գումարը: Բացի այդ, նրանք, ովքեր համապատասխանում են այս չափանիշներին, չեն ունենա ուշ գրանցման հետ կապված տույժ: Շատ մարդիկ համապատասխանում են այս խնայողություններն անելու չափանիշներին և նույնիսկ չգիտեն այդ մասին: Extra Help-ի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար դիմեք տեղի Սոցիալական ապահովության գրասենյակ կամ զանգահարեք Սոցիալական ապահովություն (800) 772-1213 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն (800) 325-0778: Extra Help-ի համար կարող եք դիմել նաև անցանց [www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help](https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help):

Եթե դուք իրավունակ եք օգտվելու Extra Help ծրագրից՝ Medicare-ի դեղատոմսով դեղերի փոխհատուցման ծախսերի հետ կապված, Medicare-ը կվճարի ձեր պլանի ամբողջ ապահովագրավճարը կամ դրա մի մասը այս նպաստի շրջանակներում: Եթե Medicare-ը վճարում է այս ապահովագրավճարի միայն մի մասը, մենք ձեզ հաշիվ կուղարկենք այն գումարի համար, որը Medicare-ը չի փոխհատուցում:

## Խնդրում ենք կարդալ և ստորագրել ստորև

Blue Shield of California պլանը պայմանագիր է կնքել դաշնային կառավարության հետ:

Ես հասկանում եմ, որ եթե օգնություն եմ ստանում վաճառքի գործակալի, բրոքերի կամ այլ անձի կողմից, որն աշխատում է կամ պայմանագիր ունի Blue Shield Medicare Advantage Plan-ի հետ, նա կարող է վճարվել Blue Shield Medicare Advantage Plan-ում իմ գրանցման հիման վրա:

**Տվյալների փոխանցում.** Միանալով Medicare-ի այս առողջապահական պլանին, ես ընդունում եմ, որ Medicare-ի առողջապահական պլանը կարող է փոխանցել իմ տվյալները Medicare-ին և այլ պլանների, որոնց դրանք անհրաժեշտ են բուժման, վճարման և բուժխնամքի հետ կապված որոշումների համար: Ես ընդունում եմ նաև, որ Blue Shield Medicare Advantage Plan-ը կարող է փոխանցել իմ տվյալները, այդ թվում՝ դեղատոմսով դուրս գրվող իմ դեղերի մասին տեղեկությունները, Medicare-ին, որը կարող է դրանք տրամադրել հետազոտության և այլ նպատակների համար, որոնք համապատասխանում են դաշնային բոլոր գործող օրենքներին և կանոնակարգերին: Մույն գրանցման ձևում ներկայացված տեղեկատվությունը ճիշտ է, որքան ինձ հայտնի է: Ես հասկանում եմ, որ եթե դիտարկելու կեղծ տեղեկատվություն տրամադրեմ սույն ձևում, ես կհեռացվեմ պլանից: Ես հասկանում եմ, որ Medicare-ում գրանցված անձանց վրա չի տարածվում Medicare-ի ապահովագրական ծածկույթը, եթե նրանք գտնվում են երկրի սահմաններից դուրս, բացառությամբ ԱՄՆ սահմանամերձ որոշ շրջանների:

Ես հասկանում եմ, որ Blue Shield Medicare Advantage Plan-ի ապահովագրական ծածկույթի ուժի մեջ մտնելու օրվանից պետք է իմ առողջապահական բոլոր ծառայությունները ստանամ Blue Shield Medicare Advantage Plan-ից, բացառությամբ արտակարգ դեպքերի, անհետաձգելի բուժօգնության ծառայությունների կամ սպասարկման տարածքից դուրս դիալիզի ծառայությունների: Blue Shield Medicare Advantage Plan-ի կողմից լիազորված ծառայությունները և Blue Shield Medicare Advantage Plan-ի *Evidence of Coverage-ում* (EOC, Ապահովագիր) (որը հայտնի է նաև որպես անդամի պայմանագիր կամ բաժանորդի համաձայնագիր) ներառված ծառայությունները կփոխհատուցվեն: Առանց լիազորման **Ո՛Չ MEDICARE-Ը, Ո՛Չ ԷԼ BLUE SHIELD MEDICARE ADVANTAGE PLAN-Ը ՉԵՆ ՎՃԱՐԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ:**

Ես հասկանում եմ, որ դնելով իմ ստորագրությունը (կամ այն անձի ստորագրությունը, ով լիազորված է հանդես գալու իմ անունից՝ իմ բնակության վայրի նահանգի օրենսդրության համաձայն)՝ 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:

|                        |                                       |
|------------------------|---------------------------------------|
| <b>Ստորագրություն՝</b> | <b>Այսօրվա ամսաթիվը (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)՝</b> |
|                        |                                       |

Եթե լիազորված ներկայացուցիչ եք, պետք է ստորագրեք նախորդ էջում և տրամադրեք հետևյալ տեղեկությունները.

Անուն՝ \_\_\_\_\_

Հասցե՝ \_\_\_\_\_

Քաղաք՝ \_\_\_\_\_

Նահանգ՝ \_\_\_\_\_

Փոստային ինդեքս՝ \_\_\_\_\_

Հեռախոսահամար՝ \_\_\_\_\_

Գրանցվողի հետ կապը՝ \_\_\_\_\_

**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 անցել եմ միջնորդի հավաստագրման բոլոր պարտադիր ընթացակարգերը, 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:*

Blue Shield of California-ն Medicare-ի հետ պայմանագիր ունեցող HMO պլան է: Blue Shield of California պլանում գրանցումը կախված է պայմանագրի երկարաձգումից:

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

A56202MAD-HMO-FF-AM\_0426