



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

Ընթացիկ Blue Shield of California Medicare Advantage պլանի անդամները կարող են օգտագործել գրանցման այս հսկիք՝ ձևը՝ գրանցվելու համար Medicare Advantage պլանում, 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 միանալ՝

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP)

☐ Los Angeles/San Diego վարչաշրջաններ
(\$0 ամսական)

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

Անդամի համարը՝

Ազգանուն՝	Անուն՝	Հայրանվան սկզբնատառը (ըստ ցանկության)
-----------	--------	--

Հեռախոսահամար՝	Հեռախոսի տեսակը՝ ☐ Քաղաքային ☐ Բջջային
----------------	--

Մշտական բնակության փոդոցի հասցեն (Մի մուտքագրեք աբոնենտային փոստարկղի հասցեն: Նշում. Անօթևան անձանց համար աբոնենտային փոստարկղի հասցեն կարող է համարվել մշտական բնակության հասցե)

Փոդոցի հասցե՝

Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային ինդեքս՝
--------	---------	------------------

Փոստային հասցե, եթե տարբերվում է ձեր մշտական հասցեից (Թույլատրվում է փոստարկղ)

Փոդոցի հասցե՝

Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային ինդեքս՝
--------	---------	------------------

Ընտրված առաջնային խնամքի բժշկի անունը (PCP) կամ կլինիկան (միայն HMO)

Համաձայն 1995 թվականի Paperwork Reduction Act-ի (PRA, Փաստաթղթաշրջանառության կրճատման մասին օրենքի)՝ 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: Սույնով 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:

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ

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:

Բաժին 2 – Այս բաժնի բոլոր դաշտերը լրացվում են ըստ ցանկության

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:

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| ☐ Արաբերեն | ☐ Չինարեն (ավանդական) | ☐ Իսպաներեն |
| ☐ Հայերեն | ☐ Պարսկերեն | ☐ Տազալերեն |
| ☐ Կամբոջերեն | ☐ Կորեերեն | ☐ Վիետնամերեն |
| ☐ Չինարեն (պարզեցված) | ☐ Ռուսերեն | |

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

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

Դիմեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ **(800) 452-4413 (TTY՝ 711)** հեռախոսահամարով, եթե ցանկանում եք տեղեկատվական նյութերը ստանալ ձեզ մատչելի այլ ձևաչափով, որը նշված չէ վերևում: Մեր աշխատանքային ժամերն են՝ առավոտյան 8-ից մինչև երեկոյան 8-ը 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 ավելին իմանալու համար այցելեք blueshieldca.com/medicarewaystopay կամ զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն (800) 452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով:

☐ Գումարի ավտոմատ դուրսհանում ձեր սոցիալական ապահովության կամ Railroad Retirement Board-ի (RRB) ամսական նպաստի հաշվից:

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 առցանց 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 + Medi-Cal Plan-ի հետ, նա կարող է վճարվել Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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 + Medi-Cal 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 դիտարկելով 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 սկսած այն ամսաթվից, երբ սկսվում է Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի ապահովագրական ծածկույթը, ես պետք է ստանամ իմ բուժխնամքը Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ից, բացառությամբ շտապ օգնության, հրատապ անհրաժեշտության կամ սպասարկման տարածքից դուրս դիալիզի ծառայություններից: Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի կողմից լիազորված ծառայությունները և Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի *Evidence of Coverage-ում* (EOC, Ապահովագիր) (որը հայտնի է նաև որպես անդամի պայմանագիր կամ բաժանորդի համաձայնագիր) ներառված ծառայությունները կփոխհատուցվեն: Առանց լիազորման **ՈՉ MEDICARE-Ը, ՈՉ ԷԼ BLUE SHIELD MEDICARE + MEDI-CAL PLAN-Ը ՉԵՆ ՎՃԱՐԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ:**

Այս պլանը ներառում է հատուկ լրացուցիչ նպաստ քրոնիկ հիվանդություններ ունեցողների համար (SSBCI) «Մանկի և մթերքների նպաստ» անվանումով: Ես հասկանում եմ, որ այս նպաստից օգտվելու համար ես պետք է ունենամ որոշակի երկարատև հիվանդություն, որը հայտնի է որպես քրոնիկ հիվանդություն: Blue Shield ընկերությունը կպարզի արդյոք ես իրավասու եմ ստանալու Մանկի և մթերքների նպաստը՝ օգտագործելով իմ բժշկի տրամադրած տեղեկատվությունը կամ դիմելով նրան իմ քրոնիկ հիվանդության վերաբերյալ ստորագրված հայտարարության համար:

Ես հասկանում եմ, որ դնելով իմ ստորագրությունը (կամ իմ անունից գործելու օրինական լիազորություն ունեցող անձի ստորագրությունը)՝ 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:

Ստորագրություն՝	Այսօրվա ամսաթիվը (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)՝
------------------------	---------------------------------------

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 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 լրացրել եմ միջնորդի գործունեությունը հիմնավորող բոլոր հավաստագրերը 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 HMO D-SNP պլան է, որտեղ գործում են Medicare-ի և California State Medicaid Program-ի (Կալիֆոռնիայի նահանգային Medicaid ծրագիր) հետ կնքած պայմանագրերը: Blue Shield of California պլանում գրանցումը կախված է պայմանագրի երկարացումից: