فرم تغییر طرح Blue Shield of California
Medicare Advantage سال 2027

اعضای فعلی طرح Blue Shield of California Medicare Advantage می‌توانند از این فرم ثبت‌نام کوتاه برای ثبت‌نام در طرح Medicare Advantage ارائه‌شده توسط Blue Shield of California استفاده کنند.

لطفاً فرم تکمیل‌شده‌تان را با نمابر یا پست به این نشانی ارسال کنید:
دورنگار: (877) 251-3660
پست: Blue Shield of California, P.O. Box 948, Woodland Hills, CA 91365-9856

درحال‌حاضر عضو طرح _____ در _____
با حق بیمه ماهانه _____$ هستم.

طرحی را که می‌خواهید به آن بپیوندید انتخاب کنید:

Blue Shield Medicare + Medi-cal Plan (HMO D-SNP)
☐ شهرستان‌های Los Angeles/San Diego
($0 در ماه)

آگاه هستم که این طرح مزایای سلامت مختلفی دارد و ممکن است مطابق آنچه در بالا عنوان شد حق بیمه ماهانه داشته باشد.

شماره عضویت:

نام خانوادگی:	**نام:**	**حرف اول نام میانی (اختیاری):**

شماره تلفن: **نوع تلفن:** ☐ تلفن ثابت ☐ تلفن همراه

نشانی دائمی خیابان (صندوق پستی را وارد نکنید. توجه: برای افرادی که بی‌خانمان هستند، صندوق پستی ممکن است نشانی محل اقامت دائم شما درنظر گرفته شود.):

نشانی خیابان:

شهر: ایالت: کد پستی:

نشانی پستی، اگر متفاوت از نشانی محل اقامت دائمی شما است (صندوق پستی مجاز است):

نشانی خیابان:

شهر: ایالت: کد پستی:

نام پزشک مراقبت‌های اولیه (PCP) یا درمانگاه انتخاب‌شده (فقط HMO):

مطابق با Paperwork Reduction Act (PRA)، قانون کاهش تشریفات اداری) مصوب 1995، هیچ شخصی ملزم به پاسخگویی به جمع‌آوری اطلاعات نیست، مگر اینکه درخواست جمع‌آوری اطلاعات دارای شماره کنترل معتبر از Office of Management and Budget (OMB)، اداره مدیریت و بودجه) باشد. شماره کنترل معتبر OMB برای این درخواست جمع‌آوری اطلاعات 0938-1378 است. زمان برآوردشده لازم برای تکمیل این جمع‌آوری اطلاعات به‌طور متوسط 20 دقیقه برای هر پاسخ است که شامل زمان بازبینی دستورالعمل‌ها، جستجوی منابع داده‌های موجود و جمع‌آوری داده‌های موردنیاز و تکمیل و بررسی جمع‌آوری اطلاعات است. اگر هرگونه نظری راجع‌به دقت برآورد(های) زمانی دارید یا پیشنهادی برای بهبود این فرم دارید، لطفاً نظر خود را ارسال کنید به: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

مهم

این فرم یا هر موردی را با اطلاعات شخصی خود (مانند ادعاها، پرداخت‌ها، سوابق پزشکی و غیره) به PRA Reports Clearance Office (دفتر تسویه گزارشات PRA) ارسال نکنید. هر موردی که به‌دست می‌آوریم که درمورد چگونگی بهبود این فرم یا بار مجموعه آن (که در 0938-1378 OMB ذکر شده) نباشد، از بین خواهد رفت. نگهداری، بررسی یا ارسال به طرح نخواهد شد.

بخش 2 - تمامی فیلدهای این بخش اختیاری است

پاسخ دادن به این پرسش‌ها اختیاری است. به‌دلیل تکمیل نکردن آنها کسی نمی‌تواند شما را از پوشش بیمه محروم کند.

اگر می‌خواهید اطلاعات را به زبانی غیر از انگلیسی برای شما ارسال کنیم، یک مورد را انتخاب کنید.

☐ عربی	☐ چینی (سنتی)	☐ اسپانیایی
☐ ارمنی	☐ فارسی	☐ تاگالوگ
☐ کامبوجی	☐ کره‌ای	☐ ویتنامی
☐ چینی (ساده‌شده)	☐ روسی	

اگر می‌خواهید اطلاعات را در یکی از قالب‌های دسترس‌پذیر برای شما ارسال کنیم، یک مورد را انتخاب کنید.

☐ خط بریل ☐ چاپ درشت ☐ سی‌دی صوتی ☐ سی‌دی دیتا

اگر نیاز دارید اطلاعات را در قالبی دسترس‌پذیر که در قسمت بالا ذکر نشده است دریافت کنید، لطفاً با «خدمات مشتریان» ازطریق شماره **(TTY: 711) 452-4413 (800)** تماس بگیرید. ساعات کاری ما از 8 صبح تا 8 شب به وقت PT (منطقه زمانی اقیانوس آرام) در هفت روز هفته است.

نشانی ایمیل:

با ارائه نشانی ایمیل خود در قسمت بالا، به‌طور خودکار در خدمات تحویل غیرکاغذی برای برخی از اطلاعیه‌های طرح خود عضو می‌شوید.

بسیاری از اطلاعیه‌های الزامی‌طرح خود را به‌صورت الکترونیکی تحویل خواهید گرفت. هنگامی‌که اطلاعیه‌های جدید (مثلاً: «توضیح مزایا» یا «اطلاعیه سالانه تغییرات») به‌صورت آنلاین دردسترس قرار می‌گیرد، ایمیلی به شما ارسال خواهیم کرد. می‌توانید ازطریق هر دستگاهی مثل رایانه، تبلت یا تلفن همراه به این اطلاعیه‌ها دسترسی یابید.

☐ به‌جای تحویل غیرکاغذی، نسخه‌های چاپی مطالب لازم را برای شما پست خواهیم کرد. هر زمان که بخواهید می‌توانید روش ترجیحی خود برای تحویل را تغییر دهید.

حق بیمه طرح شما

می‌توانید ازطریق پست حق بیمه ماهانه خود را (ازجمله هرگونه جریمه دیرکرد ثبت‌نام که درحال‌حاضر بدهکار هستید یا ممکن است بدهکار باشید) پرداخت کنید. اگر طرح شما سررسید حق بیمه داشته باشد، صورت‌حساب ماهانه‌ای شامل مبلغ و تاریخ پرداخت بعدی دریافت خواهید کرد، یا می‌توانید انتخاب کنید که حق بیمه شما به‌صورت خودکار هر ماه از مزایای بیمه تأمین اجتماعی یا Railroad Retirement Board (RRB)، انجمن بازنشستگان راه‌آهن) کسر شود.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره گزینه‌های پرداخت خود، به وبگاه ما به نشانی **blueshieldca.com/medicarewaystopay** مراجعه کنید یا ازطریق شماره **(TTY: 711) 452-4413 (800)** با «خدمات مشتریان» تماس بگیرید.

☐ کسر خودکار از چک مزایای بیمه تأمین اجتماعی یا Railroad Retirement Board (RRB) شما.
مزایای ماهیانه را از اینجا دریافت می‌کنم: ☐ تأمین اجتماعی ☐ RRB

(شروع کسر از مزایای تأمین اجتماعی/Railroad Retirement Board ممکن است دو ماه یا بیشتر طول بکشد. در بسیاری از موارد، اگر تأمین اجتماعی/Railroad Retirement Board درخواست شما برای کسر خودکار را بپذیرد، اولین کسر از چک مزایای تأمین اجتماعی/Railroad Retirement Board شما شامل تمامی حق بیمه‌های معوقه از تاریخ اجرایی شدن ثبت‌نام شما تا زمان شروع کسر مزایا خواهد بود. اگر تأمین اجتماعی/Railroad Retirement Board درخواست شما برای کسر خودکار را نپذیرد، برای حق بیمه ماهانه‌تان صورت‌حساب کاغذی برای شما ارسال خواهیم کرد.)

اگر «مبلغ تعدیل ماهانه وابسته به درآمد بخش D» برای شما تعیین شود، اداره تأمین اجتماعی به شما اطلاع خواهد داد. علاوه‌بر حق بیمه، مسئولیت پرداخت این مبلغ اضافی هم بر عهده شما خواهد بود. این مبلغ یا از چک مزایای تأمین اجتماعی شما کسر خواهد شد یا صورت‌حساب آن را Medicare یا Railroad Retirement Board مستقیماً برای شما ارسال خواهد کرد. بخش D-IRMAA را به Blue Shield of California پرداخت نکنید.

افراد دارای درآمد محدود ممکن است واجدشرایط دریافت Extra Help (کمک اضافی) برای پرداخت هزینه‌های داروهای نسخه‌ای خود باشند. اگر واجدشرایط باشید، Medicare می‌تواند هزینه‌های دارویی شما، ازجمله حق بیمه ماهانه داروهای نسخه‌ای، فرانشیزهای (سهم بیمه‌گذار) سالانه و بیمه مشترک را بپردازد. به‌علاوه، افرادی که واجد شرایط هستند، «جریمه دیرکرد ثبت‌نام» نخواهند داشت. بسیاری از مردم واجدشرایط این پس‌اندازها هستند و اصلاً اطلاعی از این موضوع ندارند. برای کسب اطلاعات بیشتر درمورد این Extra Help، با دفتر تأمین اجتماعی محلی خود تماس بگیرید، یا ازطریق شماره تلفن **772-1213 (800)** با «تأمین اجتماعی» تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره **325-0778 (800)** تماس بگیرند. همچنین می‌توانید برای Extra Help به‌صورت آنلاین در این نشانی درخواست دهید **www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help.**

اگر واجدشرایط دریافت Extra Help درمورد هزینه‌های پوشش داروهای نسخه‌ای Medicare خود باشید، Medicare تمام یا بخشی از حق بیمه طرح شما را برای این مزایا پرداخت خواهد کرد. اگر Medicare فقط بخشی از این حق بیمه را بپردازد، ما مبلغی را که Medicare پوشش نمی‌دهد به شما صورتحساب می‌دهیم.

لطفاً قسمت زیر را مطالعه و امضا کنید

Blue Shield of California طرحی است که با دولت فدرال قرارداد دارد.

آگاه هستم که اگر از نماینده فروش، کارگزار یا شخص دیگر تحت استخدام یا تحت قرارداد Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan کمک دریافت کنم، مبالغ پرداختی به آن شخص ممکن است بر مبنای ثبت‌نام من در Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan باشد.

انتشار اطلاعات: با پیوستن به این طرح سلامت Medicare، تصدیق می‌کنم که اگر برای درمان، پرداخت و امور مراقبت‌های سلامت لازم باشد، طرح سلامت Medicare اطلاعات من را در اختیار Medicare و سایر طرح‌ها قرار خواهد گذاشت. همچنین، تصدیق می‌کنم که Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan اطلاعات من، ازجمله داده‌های اتفاقات مربوط به داروهای نسخه‌ای من را در اختیار Medicare قرار می‌دهد، که ممکن است آن‌ها را برای تحقیقات و سایر اهدافی که تابع همه قوانین و مقررات فدرال قابل اجرا است منتشر کند. تاجایی‌که می‌دانم، تمام اطلاعات این فرم ثبت‌نام صحیح است. آگاه هستم که اگر عمداً اطلاعات نادرستی در این فرم ارائه دهم، ثبت‌نام من در این طرح لغو خواهد شد. آگاه هستم که افراد دارای بیمه Medicare در خارج از کشور تحت پوشش Medicare نیستند، جز پوشش محدود در نزدیکی مرز ایالات متحده.

می‌دانم که از تاریخی که پوشش Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan شروع می‌شود، باید تمام مراقبت‌های بهداشتی خود را از Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan دریافت کنم، به‌جز خدمات اضطراری یا ضروری یا خدمات دیالیز خارج از منطقه. خدمات مجاز ازسوی Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan و سایر خدمات موجود در سند *Evidence of Coverage* (EOC، مدرک پوشش) مربوط به Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (که قرارداد عضو یا توافقنامه مشترک نیز نامیده می‌شود) تحت‌پوشش قرار خواهند گرفت. بدون داشتن مجوز، **نه MEDICARE و نه BLUE SHIELD MEDICARE + MEDI-CAL PLAN بابت خدمات هزینه‌ای پرداخت نخواهند کرد.**

این طرح شامل یک مزیت مکمل ویژه برای بیماران مزمن (SSBCI) به نام «مزایای غذا و محصولات غذایی» است. من می‌دانم که باید به یک بیماری طولانی‌مدت خاص که به‌عنوان بیماری مزمن شناخته می‌شود مبتلا باشم تا بتوانم از این مزیت استفاده کنم. Blue Shield با استفاده از اطلاعات دریافتی از پزشکم یا با تماس با پزشکم برای دریافت یک بیانیه امضا شده درباره بیماری مزمن من، تعیین خواهد کرد که آیا من واجد شرایط مزایای «غذا و محصولات غذایی» هستم یا خیر.

آگاه هستم که امضای من (یا امضای شخصی که بر اساس قوانین ایالت محل زندگی‌ام مجاز است از طرف من اقدام کند) در این درخواست به این معناست که محتوای این درخواست را مطالعه و درک کرده‌ام. اگر فرد مجازی (مطابق شرح فوق) امضا کرده باشد، این امضا گواهی می‌دهد که: 1) این شخص طبق قانون ایالتی مجاز به تکمیل این ثبت‌نام است و 2) مدارک این اختیار قانونی در صورت درخواست از سوی Medicare در دسترس قرار می‌گیرد.

امضا:	**تاریخ امروز (سال/روز/ماه):**

اگر نماینده مجاز هستید، باید صفحه قبل را امضا کنید و اطلاعات زیر را وارد کنید:

نام:

نشانی:

شهر: ایالت: کد پستی:

شماره تلفن:

نسبت با ثبت‌نام‌کننده:

فقط برای افرادی که به ثبت‌نام‌کنندگان در تکمیل این فرم کمک می‌کنند

این بخش را کامل کنید اگر شما فردی (یعنی از عاملان، کارگزاران، مشاوران State Health Insurance Program (SHIP)، برنامه کمک بیمه سلامت ایالت)، اعضای خانواده یا سایر اشخاص ثالث) هستید که به ثبت‌نام‌کننده کمک می‌کند تا این فرم را پر کند.

نام: _____ نسبت با ثبت‌نام‌کننده: _____

امضا: _____

اطلاعات عامل نوشتار/سازنده:

*فیلد الزامی را نشان می‌دهد.

نام آژانس تعیین‌شده: شناسه مالیاتی آژانس منصوب:*

نام عامل نوشتار/سازنده:* **NPN فردی** عامل نوشتار/سازنده:*

نشانی ایمیل عامل نوشتار/سازنده: شماره تلفن عامل نوشتار/سازنده:

امضای عامل نوشتار/سازنده: تاریخ دریافت درخواست از سوی واسطه بیمه:

با امضا کردن این سند، بدین‌وسیله گواهی می‌دهم که تمام گواهینامه‌های مورد نیاز برای کارگزاری را کسب کرده‌ام و «قوانین ثبت‌نام و دستورالعمل‌های بازاریابی و ارتباطات CMS Medicare» را خوانده و درک کرده‌ام و تأیید می‌کنم که فرد ثبت‌نام‌کننده کیت کامل ثبت‌نام را دریافت کرده است. موافقت می‌کنم که این ثبت‌نام ذینفع Medicare، از طرف Blue Shield of California، با این قوانین مطابقت داشته است.

Blue Shield of California یک طرح HMO D-SNP با قرارداد Medicare و California State Medicaid Program (برنامه Medicaid ایالت کالیفرنیا) است. ثبت‌نام در Blue Shield of California به تمدید قرارداد بستگی دارد.