



Форма смены плана Blue Shield of California Medicare Advantage 2027 года

Текущие участники плана Blue Shield of California Medicare Advantage могут использовать эту короткую форму регистрации для регистрации в плане Medicare Advantage, предлагаемом Blue Shield of California.

Пожалуйста, отправьте заполненную регистрационную форму по факсу или почте по адресу:

Факс: (877) 251-3660

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

В настоящее время я являюсь участником плана _____ в _____ с ежемесячным взносом в размере \$ _____.

Выберите план, к которому вы хотите присоединиться:

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

☐ Округа Los Angeles/San Diego
(\$0 в месяц)

Я понимаю, что этот план имеет различные льготы здравоохранения и может включать ежемесячный взнос, как указано выше.

Номер участника:

Фамилия:	Имя:	Средний инициал (необязательно):
----------	------	----------------------------------

Номер телефона:	Тип телефона: ☐ стационарный ☐ мобильный
-----------------	---

Адрес постоянного места жительства (не вводите абонентский ящик. Примечание: для бездомных лиц абонентский ящик может считаться вашим постоянным адресом проживания.):

Улица, дом:

Город:	Штат:	Почтовый индекс:
--------	-------	------------------

Почтовый адрес, если он отличается от вашего постоянного адреса (можно вводить почтовый ящик):

Улица, дом:

Город:	Штат:	Почтовый индекс:
--------	-------	------------------

Имя выбранного врача первичной медико-санитарной помощи (PCP) или клиники (только НМО):

Согласно Paperwork Reduction Act (PRA, Закон о сокращении канцелярской работы) 1995 года, ни одно лицо не обязано реагировать на сбор информации, если для него не указан действительный контрольный номер Office of Management and Budget (OMB, Административно-бюджетное управление). Действительный контрольный номер OMB для этого сбора информации: 0938-1378. Время, необходимое для заполнения этой информации, оценивается в среднем в 20 минут на один ответ, включая время на просмотр инструкций, поиск существующих ресурсов данных, сбор необходимых данных, а также завершение и проверку сбора информации. Если у вас есть какие-либо комментарии относительно точности оценки времени или предложения по улучшению этой формы, пишите по адресу: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

ВАЖНО

Не отправляйте эту форму или какие-либо документы с вашей личной информацией (например, претензии, платежи, медицинские записи и т. д.) в PRA Reports Clearance Office (отдел оформления отчетов PRA). Любые полученные нами материалы, не относящиеся к улучшению этой формы или ее бремени сбора (описанного в OMB 0938-1378), будут уничтожены. Она не будет сохраняться, просматриваться или пересылаться в план.

Раздел 2. Все поля в этом разделе являются необязательными

Решайте сами, отвечать на вопрос или нет. Вам не может быть отказано в страховании, если вы оставите вопросы без ответа.

Выберите один, если хотите, чтобы мы отправляли вам информацию на языке, отличном от английского.

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| ☐ Арабский | ☐ Китайский (традиционный) | ☐ Испанский |
| ☐ Армянский | ☐ Фарси | ☐ Тагальский |
| ☐ Камбоджийский | ☐ Корейский | ☐ Вьетнамский |
| ☐ Китайский (упрощенный) | ☐ Русский | |

Выберите один, если хотите, чтобы мы отправили вам информацию в доступном формате.

- ☐ Шрифт Брайля ☐ Крупный шрифт ☐ Аудио компакт-диск ☐ Компакт-диск с данными

Свяжитесь с центром поддержки участников по телефону **(800) 452-4413 (TTY: 711)**, если вам нужна информация в доступном формате, отличном от указанного выше. Наш офис работает с 8:00 до 20:00 по тихоокеанскому времени семь дней в неделю.

Адрес электронной почты:

Если вы укажете свой адрес электронной почты выше, вы автоматически подключитесь к безбумажной доставке некоторых сообщений вашего плана.

Многие из необходимых сообщений плана будут доставлены в электронном виде. Мы отправим вам электронное письмо, когда новое сообщение (например, «Разъяснение льгот» или «Ежегодное уведомление об изменениях») будет доступно в Интернете. Вы можете получить доступ к этим сообщениям через любое устройство, например, компьютер, планшет или мобильный телефон.

- ☐ Вместо безбумажной доставки мы отправим вам бумажные копии необходимых материалов по почте. Вы можете изменить предпочтения по доставке в любое время.

Взнос вашего плана

Вы можете оплачивать ежемесячный страховой взнос (включая любые штрафы за позднюю регистрацию, которые у вас есть или которые вы можете задолжать) по почте каждый месяц. Если в вашем плане предусмотрен причитающийся страховой взнос, вы будете получать ежемесячный счет, включающий сумму и дату следующего платежа, или вы можете выбрать оплату страхового взноса автоматическим вычетом его из вашего пособия социального страхования или пособия Railroad Retirement Board (RRB, Совет по пенсионному обеспечению железнодорожных работников) каждый месяц.

Чтобы узнать больше о вариантах оплаты, посетите нас по адресу blueshieldca.com/medicarewaystopay или позвоните в центр поддержки участников по номеру (800) 452-4413 (TTY: 711).

- ☐ Автоматический вычет из вашего ежемесячного пособия социального страхования или пособия Railroad Retirement Board (RRB).

Я получаю ежемесячные выплаты от: ☐ Службы социального страхования ☐ RRB

(Вычет из пособия социального страхования или пособия Railroad Retirement Board может начаться через два или более месяцев. В большинстве случаев, если Служба социального страхования или Railroad Retirement Board принимает ваш запрос на автоматический вычет, первый вычет из вашего пособия социального страхования или пособия Railroad Retirement Board будет включать все страховые взносы, причитающиеся с даты вступления в силу вашей регистрации до момента начала удержания. Если Служба социального страхования или Railroad Retirement Board не одобрит ваш запрос на автоматический вычет, мы вышлем вам бумажный счет на ваши ежемесячные страховые взносы.)

Если вам начисляется ежемесячная сумма корректировки, связанная с доходом по части D, Администрация социального страхования уведомит вас об этом. Вы должны заплатить эту сумму вдобавок к страховому взносу по плану. Эта сумма будет удержана из вашего ежемесячного пособия социального страхования или вычтена напрямую Medicare или Railroad Retirement Board. НЕ платите часть D-IRMAA Blue Shield of California.

Лица с ограниченным доходом могут претендовать на Extra Help (дополнительную помощь) в оплате отпускаемых по рецепту лекарств. Если вы соответствуете требованиям, Medicare может оплатить ваши расходы на лекарство, включая ежемесячные страховые взносы на отпускаемые по рецепту лекарства, ежегодные франшизы и совместное страхование. Кроме того, те, кто соответствует требованиям, не будут подвергаться штрафу за позднюю регистрацию. Многие люди имеют право на эти льготы и даже не знают об этом. Для получения дополнительной информации об Extra Help обратитесь в местный офис Службы социального страхования или позвоните в Службу социального страхования по телефону (800) 772-1213. Пользователи TTY должны звонить по номеру (800) 325-0778. Вы также можете подать заявку на получение Extra Help онлайн на сайте www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help.

Если вы имеете право на Extra Help с расходами на покрытие рецептурных лекарств по Medicare, Medicare оплатит полностью или частично ваш ежемесячный взнос за эту выплату. Если Medicare оплачивает только часть этого страхового взноса, мы выставим вам счет на сумму, которую Medicare не покрывает.

Пожалуйста, прочитайте и подпишите ниже

Blue Shield of California – это план, который имеет контракт с федеральным правительством.

Я понимаю, что если я получаю помощь от агента по продажам, брокера или другого лица, нанятого или работающего по контракту с Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, ему/ей может быть произведена оплата на основе моей регистрации в Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Разглашение информации: Присоединяясь к этому плану медицинского страхования Medicare, я подтверждаю, что план медицинского страхования Medicare предоставит мою информацию Medicare и другим планам по мере необходимости для лечения, оплаты и медицинских операций. Я также подтверждаю, что Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan предоставит мою информацию, включая данные о событиях, связанных с лекарствами, отпускаемыми по рецепту, Medicare, которая может предоставить ее для исследований и других целей, которые соответствуют всем применимым федеральным законам и правилам. Насколько мне известно, информация в этой регистрационной форме верна. Я понимаю, что если я намеренно предоставляю ложную информацию в этой форме, меня исключат из плана. Я понимаю, что люди, заключившие контракт с Medicare, не покрываются Medicare, находясь за пределами страны, за исключением ограниченного покрытия вблизи границы США.

Я понимаю, что, начиная с даты начала покрытия по Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, я должен(-на) получать всю медицинскую помощь по Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, за исключением неотложных или срочно необходимых услуг или услуг диализа вне зоны действия плана. Услуги, разрешенные Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, и другие услуги, содержащиеся в моем документе *Evidence of Coverage* (ЕОС, Подтверждение страхового покрытия) Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (также известном как членский договор или абонентское соглашение), будут покрываться. Без разрешения **НИ MEDICARE, НИ BLUE SHIELD MEDICARE + MEDI-CAL PLAN НЕ БУДУТ ОПЛАЧИВАТЬ УСЛУГИ.**

Этот план включает специальную дополнительную выплату для хронически больных (SSBCI) под названием, а именно выплату на еду и продукты. Я понимаю, что должен(-на) иметь определенное долгосрочное заболевание, известное как хроническое состояние, чтобы воспользоваться этой выплатой. Blue Shield определит, имею ли я право на выплату на еду и продукты, используя информацию от моего врача или связавшись с моим врачом для получения подписанного заявления о моем хроническом состоянии.

Я понимаю, что моя подпись (или подпись лица, имеющего законное право действовать от моего имени в соответствии с законами штата, где я проживаю) на этом заявлении означает, что я прочитал(-а) и понял(-а) содержание этого заявления. Если эта подпись оставлена уполномоченным лицом (как описано выше), эта подпись удостоверяет, что: 1) это лицо уполномочено в соответствии с законодательством штата завершить эту регистрацию и 2) документация этого органа доступна по запросу от Medicare.

Подпись:

Сегодняшняя дата (ММ/ДД/ГГГГ):

Если вы являетесь уполномоченным представителем, вы должны подписать предыдущую страницу и предоставить следующую информацию:

Имя: _____

Адрес: _____

Город: _____

Штат: _____

Почтовый индекс: _____

Номер телефона: _____

Отношение к регистрируемому: _____

Для лиц, помогающих регистрируемым только с заполнением этой формы

Заполните этот раздел, если вы являетесь физическим лицом (т. е. консультантом State Health Insurance Program (SHIP, Программа медицинской помощи штата), членом семьи или другим третьим лицом), помогающим регистрируемому лицу заполнить эту форму.

Имя: _____ Отношение к регистрируемому: _____

Подпись: _____

Информация о подписывающем агенте:

*Обозначает обязательное поле.

Название назначенного агентства: _____

Налоговый номер назначенного агентства:* _____

Имя подписывающего агента:* _____

Индивидуальный NPN подписывающего агента:* _____

Адрес электронной почты подписывающего агента: _____

Номер телефона подписывающего агента: _____

Подпись подписывающего агента: _____

Дата получения заявки: _____

Своей подписью я подтверждаю, что прошел(-ла) все брокерские сертификации и понял(-а) Руководство по коммуникациям и маркетингу CMS Medicare, а также правила регистрации, и подтверждаю, что регистрируемый получил полный комплект для регистрации. Я согласен(-на) с тем, что регистрация бенефициара Medicare от имени Blue Shield of California соответствует этим правилам.

Blue Shield of California — это план HMO D-SNP с контрактом Medicare и контрактом с California State Medicaid Program (Программа Medicaid штата Калифорния). Регистрация в Blue Shield of California зависит от продления контракта.