



2027 Form ng Pagpapalit ng Planong Medicare Advantage ng Blue Shield of California

Puwedeng gamitin ng mga kasalukuyang miyembro ng Planong Medicare Advantage ng Blue Shield of California ang maikling form ng pagpapatalang ito para magpatala sa Planong Medicare Advantage na iniaalok ng Blue Shield of California.

Mangyaring i-fax o i-email ang iyong nasagutang form ng pagpapatala sa:

Fax: (877) 251-3660

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

Kasalukuyan akong miyembro ng planong _____ sa _____
na may buwanang premium na \$ _____.

Piliin ang planong gusto mong salihan:

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

☐ Mga county ng Los Angeles/San Diego
(\$0 bawat buwan)

Nauunawaan kong ang planong ito ay may ibang benepisyo sa kalusugan at posibleng mayroong buwanang premium, gaya ng nakasaad sa itaas.

Numero ng miyembro:

Apelyido:	Unang pangalan:	Gitnang inisyal (opsiyonal):
-----------	-----------------	------------------------------

Numero ng telepono:	Uri ng telepono: ☐ Landline ☐ Mobile
---------------------	--

Permanenteng street address (Huwag maglagay ng P.O. Box. Tandaan: Para sa mga indibidwal na nakakaranas ng kawalan ng tirahan, ang P.O. Box ay puwedeng ituring na iyong permanenteng address ng tirahan.):

Street address:

Lungsod:	Estado:	ZIP code:
----------	---------	-----------

Mailing Address, kung naiiba sa iyong permanenteng address (pinapayagan ang P.O. Box):

Street address:

Lungsod:	Estado:	ZIP code:
----------	---------	-----------

Pangalan ng piniling pangunahing doktor sa pangangalaga (PCP) o klinika (HMO lang):

Ayon sa Paperwork Reduction Act (PRA, Batas ng Pagbabawas ng Dokumentasyon sa Papel) ng 1995, walang sinuman ang kinakailangang tumugon sa pagkolekta ng impormasyon maliban na lang kung nagpapakita ito ng valid na control number (numero ng pagkontrol) ng Office of Management and Budget (OMB, Tanggapan ng Pamamahala at Badyet). Ang valid na OMB control number para sa pagkolekta ng impormasyong ito ay 0938-1378. Ang kinakailangang oras para masagutan ang impormasyong ito ay tinatayang humigit-kumulang na 20 minuto sa bawat tugon, kabilang ang oras para suriin ang mga tagubilin, maghanap ng mga kasalukuyang mapagkukunan ng datos, kalapin ang mga kinakailangang datos, at sagutan at suriin ang koleksiyon ng impormasyon. Kung mayroon kang anumang komento tungkol sa katumpakan ng (mga) pagtatantiya ng oras o mga mungkahi para sa pagpapahusay ng form na ito, mangyaring sumulat sa: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

MAHALAGA

Huwag ipadala ang form na ito o ang anumang item na may personal na impormasyon mo (tulad ng mga habol, pagbabayad, medikal na tala, atbp.) sa Reports Clearance Office (Opisina ng Clearance ng Mga Ulat ng PRA). Ang anumang item na makukuha naming hindi tungkol sa kung paano pahusayin ang form na ito o ang pasanin sa pagkolekta nito (na nakabalangkas sa OMB 0938-1378) ay sisirain. Hindi ito itatago, susuriin, o ipapasa sa plano.

Seksiyon 2 - Opsiyonal ang lahat ng patlang sa seksiyong ito

Kusang-loob mong sasagutin ang mga tanong na ito. Hindi ka puwedeng tanggihan ng saklaw dahil hindi mo sasagutan ang mga ito.

Pumili ng isa kung gusto mong padalhan ka namin ng impormasyon sa wikang bukod sa English.

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| ☐ Arabic | ☐ Chinese (Traditional) | ☐ Spanish |
| ☐ Armenian | ☐ Farsi | ☐ Tagalog |
| ☐ Cambodian | ☐ Korean | ☐ Vietnamese |
| ☐ Chinese (Simplified) | ☐ Russian | |

Pumili ng isa kung gusto mong padalhan ka namin ng impormasyon sa naa-access na format.

- ☐ Braille ☐ Malalaking titik ☐ Audio CD ☐ Data CD

Mangyaring makipag-ugnayan sa Serbisyo sa Customer sa **(800) 452-4413 (TTY: 711)** kung kailangan mo ng impormasyon sa ibang naa-access na format na bukod sa nakalista sa itaas. Ang aming mga oras ng opisina ay 8 a.m. hanggang 8 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo.

Email address:

Kapag ibinigay mo ang iyong email address sa itaas, awtomatiko ka nang maitatala sa paperless na paghahatid para sa ilan sa iyong mga komunikasyon sa plano.

Elektroniko mong makukuha ang karamihan sa iyong mga kinakailangang komunikasyon sa plano. Padadalhan ka namin ng email kapag makukuha na online ang mga bagong komunikasyon (halimbawa: Paliwanag ng Mga Benepisyo o Taunang Abiso ng Mga Pagbabago). Maa-access mo ang mga komunikasyong ito sa pamamagitan ng anumang device gaya ng computer, tablet, o mobile na telepono.

☐ Sa halip na paperless na paghahatid, ime-mail namin sa iyo ang mga pisikal na kopya ng mga kinakailangang materyales. Puwede mong baguhin ang iyong kagustuhan para sa paghahatid anumang oras.

Ang premium ng iyong plano

Puwede mong bayaran ang iyong buwanang premium ng plano (kasama ang anumang multa sa nahuling pagpapatala na kasalukuyang mayroon ka o posibleng utang mo) sa pamamagitan ng mail bawat buwan. Kung may premium na babayaran ang iyong plano, makakatanggap ka ng buwanang bayarin kasama ang halaga at petsa kung kailan ka dapat susunod na magbayad, o puwede mo ring piliing bayaran ang iyong premium sa pamamagitan ng awtomatikong pagbabawas nito sa iyong Tseke ng Segurong Panlipunan o Railroad Retirement Board (RRB, Lupon ng Pagreretiro ng Mga Manggagawa sa Riles) bawat buwan.

Para matutunan pa ang tungkol sa iyong mga opsiyon sa pagbabayad, bisitahin kami sa blueshieldca.com/medicarewaystopay o tawagan ang Serbisyo sa Customer sa (800) 452-4413 (TTY: 711).

☐ Awtomatikong pagbabawas mula sa iyong buwanang tseke ng benepisyong ng Segurong Panlipunan o Railroad Retirement Board (RRB).

Nakakatanggap ako ng mga buwanang benepisyong mula sa: ☐ Segurong Panlipunan ☐ RRB

(Ang pagbabawas sa Segurong Panlipunan/Railroad Retirement Board ay posibleng tumagal nang dalawa o higit pang buwan para magsimula. Sa karamihan ng kaso, kung tatanggapin ng Segurong Panlipunan/Railroad Retirement Board ang iyong kahilingan para sa awtomatikong pagbabawas, isasasama sa unang pagbabawas mula sa iyong tseke ng benepisyong ng Segurong Panlipunan/Railroad Retirement Board ang lahat ng premium na dapat bayaran mula sa petsa ng pag-iral ng iyong pagpapatala hanggang sa pagsisimula ng pagbabawas. Kung hindi aaprubahan ng Segurong Panlipunan/Railroad Retirement Board ang iyong kahilingan para sa awtomatikong pagbabawas, padadalhan ka namin ng papel na bayarin para sa iyong mga buwanang premium.)

Kung natasa ka para sa Bahagi D-Buwanang Halaga ng Pagsasaayos na Nauugnay sa Kita, aabisuhan ka ng Administrasyon ng Segurong Panlipunan. Ikaw ang mananagot sa pagbabayad ng dagdag na halagang ito bilang karagdagan sa premium ng iyong plano. Posibleng ikaltas ang halagang ito mula sa iyong tseke ng benepisyong ng Segurong Panlipunan, o direkta kang singilin ng Medicare o Railroad Retirement Board. HUWAG ibabayad ang Bahagi D-IRMAA sa Blue Shield of California.

Posibleng maging kwalipikado para sa Extra Help (Dagdag na Tulong) ang mga taong may limitadong kita para mabayaran ang kanilang mga gastos sa resetang gamot. Kung magiging kwalipikado ka, puwedeng bayaran ng Medicare ang iyong mga gastos sa gamot kabilang ang buwanang premium sa resetang gamot, mga taunang kaltas, at co-insurance. Bilang karagdagan, hindi magkakaroon ang mga kwalipikado ng multa para sa nahuling pagpapatala. Maraming tao ang kwalipikado para sa mga pagtitipid na ito, pero ni hindi nila alam ito. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa Extra Help na ito, makipag-ugnayan sa iyong lokal na opisina ng Segurong Panlipunan, o tawagan ang Segurong Panlipunan sa (800) 772-1213. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa (800) 325-0778. Puwede ka ring mag-apply para sa Extra Help online sa www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help.

Kung magiging kwalipikado ka para sa Extra Help sa iyong mga gastos sa saklaw sa resetang gamot ng Medicare, babayaran ng Medicare ang lahat o bahagi ng premium ng iyong plano para sa benepisyong ito. Kung bahagi lang ng premium na ito ang babayaran ng Medicare, sisingilin ka namin para sa halagang hindi sinasaklaw ng Medicare.

Mangyaring basahin ang nasa ibaba at lumagda sa ibaba

Ang Blue Shield of California ay isang planong may kontrata sa pamahalaang pederal.

Nauunawaan kong kung nakakakuha ako ng tulong mula sa isang sales agent (ahente ng pagbebenta), broker, o iba pang indibidwal na nagtatrabaho o nakakonstrata sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, puwede siyang mabayaran batay sa aking pagpapatala sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Paglalabas ng impormasyon: Sa pamamagitan ng pagsali sa planong pangkalusugang ito ng Medicare, kinikilala kong ilalabas ng planong pangkalusugan ng Medicare ang aking impormasyon sa Medicare at iba pang plano kung kinakailangan para sa paggamot, pagbabayad, at mga operasyon sa pangangalagang pangkalusugan. Kinikilala ko ring ilalabas ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ang aking impormasyon, kasama ang aking data ng tala ng resetang gamot, sa Medicare, na posibleng ilabas ito para sa pananaliksik at iba pang layuning sumusunod sa lahat ng naaangkop na batas at regulasyon ng Pederal. Tama ang impormasyon sa form ng pagpapatalang ito sa abot ng aking kaalaman. Nauunawaan kong kung sasadyain kong magbigay ng maling impormasyon sa form na ito, tatanggalin ako sa plano. Nauunawaan kong hindi sinasaklaw sa ilalim ng Medicare ang mga taong may Medicare habang nasa labas sila ng bansa maliban sa limitadong saklaw malapit sa hangganan ng U.S.

Nauunawaan kong kapag nagsimula na ang petsa ng pagsaklaw ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, dapat kunin ko ang lahat ng aking pangangalagang pangkalusugan mula sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, maliban sa mga serbisyong pang-emergency o agarang kinakailangan o mga serbisyong dialysis sa labas ng pinagseeserbisyuhang lugar. Sasaklawin ang mga serbisyong pinahintulutan ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan at iba pang serbisyong nilalaman ng aking dokumento ng *Evidence of Coverage* (EOC, Katibayan ng Saklaw) ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (kilala rin bilang kontrata ng miyembro o kasunduan sa subscriber). Kung walang pahintulot, **HINDI BABAYARAN NG MEDICARE O BLUE SHIELD MEDICARE + MEDI-CAL PLAN ANG MGA SERBISYO.**

Kabilang sa planong ito ang isang Espesyal at Pandagdag na Benepisyo para sa May Pangmatagalang Sakit (SSBCI) na tinatawag na benepisyo ng Pagkain at Ani. Nauunawaan kong dapat mayroon akong partikular na pangmatagalang sakit na kilala bilang isang pangmatagalang kondisyon para magamit ang benepisyong ito. Malalaman ng Blue Shield kung kwalipikado ako para sa benepisyo ng Pagkain at Ani sa pamamagitan ng paggamit ng impormasyon mula sa aking doktor o sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa aking doktor para sa isang nilagdaang pahayag tungkol sa aking pangmatagalang kondisyon.

Nauunawaan kong ang aking lagda (o ang lagda ng taong pinahintulutang kumilos sa ngalan ko sa ilalim ng mga batas ng estado kung saan ako nakatira) sa aplikasyong ito ay nangangahulugang binasa at nauunawaan ko ang mga nilalaman ng aplikasyong ito. 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 pagpapatalang ito, at 2) makukuha ang dokumentasyon ng awtoridad na ito kapag hiniling mula sa Medicare.

Lagda:

Petsa ngayon (MM/DD/YYYY):

Kung ikaw ang pinahintulutang kinatawan, dapat lumagda ka sa naunang pahina at ibigay mo ang sumusunod na impormasyon:

Pangalan:

Address:

Lungsod:

Estado:

ZIP code:

Numero ng telepono:

Relasyon sa nakatala:

Para lang sa mga indibidwal na tumutulong sa nakatalang sagutan ang form na ito

Sagutan ang seksiyong ito kung isa kang indibidwal (hal. mga ahente, broker, mga abogado ng State Health Insurance Program (SHIP, Programa ng Insurance sa Kalusugan ng Estado), miyembro ng pamilya, o iba pang ikatlong partido) na tumutulong sa nakatalang sagutan ang form na ito.

Pangalan: _____ Relasyon sa nakatala: _____

Lagda: _____

Impormasyon ng lisensiyadong ahente ng insurance:

*Nagpapahiwatig ng kinakailangang patlang.

Pangalan ng itinalagang ahensiya:

ID ng Buwis ng itinalagang ahensiya:*

Pangalan ng lisensiyadong ahente ng insurance:*

Indibidwal na NPN ng lisensiyadong ahente ng insurance:*

Email address ng lisensiyadong ahente ng insurance:

Numero ng telepono ng lisensiyadong ahente ng insurance:

Lagda ng lisensiyadong ahente ng insurance:

Petsa kung kailan natanggap ng lisensiyadong ahente ang aplikasyon:

Sa pamamagitan ng aking lagda, pinatutunayan ko ritong nakumpleto ko na ang lahat ng kinakailangang sertipikasyon ng broker at nabasa at nauunawaan ko ang Mga Patnubay sa Komunikasyon at Marketing at mga patakarang sa Pagpapatala ng CMS Medicare, at kinukumpirma kong nakatanggap ang nagpapatala ng kumpletong kit sa pagpapatala. Sumasang-ayon akong ang pagpapatalang ito ng benepisyaryo ng Medicare, sa ngalan ng Blue Shield of California, ay sumunod sa mga patakarang ito.

Ang Blue Shield of California ay isang planong HMO D-SNP na may kontrata sa Medicare at maging sa California State Medicaid Program (Programang ng Medicaid ng Estado ng California). Nakasalalay ang pagpapatala sa Blue Shield of California sa pag-renew ng kontrata.

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

A56202MAD-TD-FF-TA_0426