

فرم لغو ثبت نام Blue Shield of California Medicare Advantage

اگر درخواست لغو ثبت نام کنید، باید تمام مراقبت های پزشکی را از Blue Shield Medicare Advantage Plan خود تا تاریخ اجرایی شدن لغو ثبت نام دریافت کنید. با ما تماس بگیرید تا لغو ثبت نام شما را تأیید کنیم و بتوانید خواستار خدمات پزشکی خارج از شبکه Blue Shield Medicare Advantage Plan باشید. ما پس از دریافت این فرم از شما، تاریخ اجرایی شدن را به اطلاع شما خواهیم رساند.

نام عضو

نام خانوادگی	نام	حرف اول نام میانی
تاریخ تولد (روز/ماه/سال)	جنسیت <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث	

شماره تلفن خانه:

لطفا قبل از امضا و قید تاریخ در این فرم لغو ثبت نام، اطلاعات زیر را به دقت مطالعه و تکمیل کنید:
اگر من در طرح Medicare Advantage یا طرح داروهای نسخه ای Medicare دیگری ثبت نام کرده باشم، آگاه هستم که Medicare عضویت فعلی من در Blue Shield Medicare Advantage Plan را در تاریخ اجرایی شدن ثبت نام جدید لغو خواهد کرد. آگاه هستم که ممکن است در این زمان نتوانم در طرح دیگری ثبت نام کنم. همچنین، می دانم که اگر پوشش داروهای نسخه ای Medicare خود را لغو کنم و در آینده بخواهم پوشش داروهای نسخه ای Medicare را داشته باشم، ممکن است مجبور باشم برای آن حق بیمه بیشتری بپردازم.

امضای شما*:	تاریخ امروز (روز/ماه/سال):
-------------	----------------------------

*یا امضای شخصی که بر اساس قوانین ایالت محل زندگی تان مجاز است از طرف شما اقدام کند. اگر فرد مجازی (مطابق شرح فوق) امضا کرده باشد، این امضا گواهی می دهد که:
1) این شخص طبق قانون ایالتی مجاز به تکمیل این لغو ثبت نام است و
2) اسناد این اجازه قانونی در صورت درخواست توسط Blue Shield Medicare Advantage Plan یا Medicare در دسترس قرار می گیرد.

اگر نماینده مجاز هستید، باید اطلاعات زیر را ارائه دهید:

نام خانوادگی	نام	حرف اول نام میانی
نشانی خیابان		
شهر	ایالت	کد پستی
شماره تلفن		
نسبت با عضو		

به‌طور معمول، شما فقط در طول دوره ثبت‌نام سالانه از 15 اکتبر تا 7 دسامبر هر سال یا در طول دوره ثبت‌نام همگانی Medicare Advantage از 1 ژانویه تا 31 مارس هر سال، می‌توانید عضویت خود را از طرح Medicare Advantage لغو کنید. استثنائاتی وجود دارد که ممکن است به شما امکان دهد خارج از این دوره از طرح Medicare Advantage خارج شوید.

لطفاً گزاره‌های زیر را به دقت بخوانید و اگر گزاره‌ای در مورد شما صدق می‌کند، کادر را علامت بزنید. با علامت زدن هر یک از کادرهای زیر، گواهی می‌دهید که تا آنجا که می‌دانید، واجد شرایط یک «دوره انتخاب» هستید.

اخیراً در تاریخ (تاریخ را درج کنید) (روز/ماه/سال) تغییری در Medicaid من به وجود آمده است (به‌تازگی Medicaid دریافت کرده‌ام، تغییری در میزان کمک‌هزینه Medicaid به من به وجود آمده است یا Medicaid را از دست داده‌ام).

اخیراً در تاریخ (تاریخ را درج کنید) (روز/ماه/سال) تغییری در Extra Help (کمک اضافی) من که برای پرداخت هزینه پوشش داروی نسخه‌ای Medicare به من کمک می‌کند به وجود آمده است (به‌تازگی Extra Help دریافت کرده‌ام، تغییری در میزان Extra Help من به وجود آمده است یا Extra Help را از دست داده‌ام).

من هم Medicare و هم Medicaid را دارم (یا ایالت من در پرداخت حق بیمه Medicare به من کمک می‌کند) یا برای پرداخت هزینه پوشش بیمه داروهای نسخه‌ای Medicare، Extra Help دریافت می‌کنم، اما تغییری در وضعیت من به وجود نیامده است.

من به یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت (مثلاً، آسایشگاه سالمندان یا مرکز مراقبت‌های بلندمدت) نقل مکان می‌کنم، در آن زندگی می‌کنم یا اخیراً از آن خارج شده‌ام. من در تاریخ (تاریخ را درج کنید) (روز/ماه/سال) به این مرکز نقل مکان کردم/خواهم کرد /از آن خارج خواهم شد.

در (تاریخ را درج کنید) (روز/ماه/سال) به برنامه Program for All-Inclusive Care for the Elderly (PACE، برنامه مراقبت همه‌جانبه برای سالمندان) می‌پیوندم.

در (تاریخ را درج کنید) (روز/ماه/سال) به پوشش بیمه کارفرما یا اتحادیه می‌پیوندم.

من را Medicare (یا ایالت) عضو طرحی کرده است و می‌خواهم طرح دیگری را انتخاب کنم. ثبت‌نام من در آن طرح در تاریخ (تاریخ را درج کنید) (روز/ماه/سال) شروع شد.

اگر هیچ‌یک از این گزاره‌ها در مورد شما صدق نمی‌کند یا در مورد آنها مطمئن نیستید، لطفاً با خدمات مشتریان Blue Shield of California Medicare Advantage Plan از طریق شماره (800) 776-4466 (TTY: 711) تماس بگیرید تا ببینید آیا واجد شرایط لغو ثبت‌نام هستید. اعضای که در طرح‌های D-SNP ثبت‌نام کرده‌اند، لطفاً از طریق (800) 452-4413 (TTY: 711) با خدمات مشتریان تماس بگیرید. ما در هفت روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستیم.

فرم تکمیل‌شده و امضا شده‌تان را با ایمیل، پست یا نمابر ارسال کنید:

ایمیل: WHMembership@blueshieldca.com

پست: Blue Shield of California

PO Box 948

Woodland Hills, CA 91365-9856

نمابر: (877) 251-3660