



## Biểu mẫu Hủy đăng ký Medicare Advantage của Blue Shield of California

Nếu quý vị yêu cầu hủy đăng ký, quý vị phải tiếp tục nhận mọi dịch vụ chăm sóc y tế từ Blue Shield Medicare Advantage Plan của mình cho đến ngày hủy đăng ký có hiệu lực. Liên hệ với chúng tôi để xác minh việc hủy đăng ký của quý vị trước khi quý vị tìm kiếm các dịch vụ y tế bên ngoài mạng lưới Blue Shield Medicare Advantage Plan. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về ngày có hiệu lực sau khi chúng tôi nhận được biểu mẫu này từ quý vị.

Mã số Thành viên

Họ	Tên	Tên đệm Viết tắt
Ngày sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM)		Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ

Số điện thoại nhà riêng:

### Vui lòng đọc kỹ và hoàn thành các thông tin sau trước khi ký tên và ghi ngày vào biểu mẫu hủy đăng ký này:

Nếu tôi đã đăng ký vào một Chương trình Thuốc Theo toa của Medicare hoặc Medicare Advantage khác, tôi hiểu rằng Medicare sẽ hủy tư cách thành viên hiện tại của tôi trong Blue Shield Medicare Advantage Plan vào ngày đăng ký mới đó có hiệu lực. Tôi hiểu rằng tôi có thể không đăng ký được vào một chương trình khác vào lúc này. Tôi cũng hiểu rằng nếu tôi hủy đăng ký bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare và muốn có bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare trong tương lai, tôi có thể phải trả phí bảo hiểm cao hơn cho bảo hiểm này.

<b>Chữ ký của Quý vị*:</b>	<b>Hôm nay ngày (THÁNG/NGÀY/NĂM):</b>
----------------------------	---------------------------------------

\*Hoặc chữ ký của người được ủy quyền để hành động thay mặt quý vị theo luật của Tiểu bang nơi quý vị sinh sống. Nếu được ký bởi cá nhân được ủy quyền (như mô tả ở trên), chữ ký này xác nhận rằng:

- 1) Người này được ủy quyền theo luật của Tiểu bang để hoàn thành việc hủy đăng ký này, và
- 2) Tài liệu về việc ủy quyền này sẽ được cung cấp khi có yêu cầu của Blue Shield Medicare Advantage Plan hoặc Medicare.

### Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, quý vị phải cung cấp các thông tin sau:

Họ	Tên	Tên đệm Viết tắt
Địa chỉ Đường phố		
Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP
Số điện thoại		
Mối quan hệ với Người đăng ký		

---

**Thông thường, quý vị chỉ có thể hủy đăng ký chương trình Medicare Advantage trong thời gian đăng ký hàng năm từ ngày 15 tháng 10 đến hết ngày 7 tháng 12 trong năm hoặc trong Thời gian Đăng ký Mở của Medicare Advantage từ ngày 1 tháng 1 đến hết ngày 31 tháng 3 hàng năm.** Có những trường hợp ngoại lệ có thể cho phép quý vị hủy đăng ký chương trình Medicare Advantage ngoài khoảng thời gian này.

Vui lòng đọc kỹ các tuyên bố sau đây và đánh dấu vào ô trống nếu tuyên bố đó đúng với quý vị. Bằng cách đánh dấu chọn vào ô bất kỳ trong các ô sau đây, quý vị xác nhận theo sự hiểu biết tốt nhất của quý vị rằng quý vị đủ điều kiện cho Thời gian Lựa chọn.

- Gần đây tôi đã có sự thay đổi trong Medicaid của mình (mới nhận Medicaid, đã thay đổi mức trợ cấp Medicaid, hoặc mất Medicaid) vào (điền ngày) (THÁNG/NGÀY/NĂM).
- \_\_\_\_\_
- Gần đây tôi đã có sự thay đổi trong Extra Help (Trợ giúp thêm) của tôi khi thanh toán cho bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare (mới nhận Extra Help, đã có sự thay đổi về mức Extra Help, hoặc mất Extra Help) vào (điền ngày) (THÁNG/NGÀY/NĂM).
- \_\_\_\_\_
- Tôi có cả Medicare và Medicaid (hoặc tiểu bang của tôi giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare của tôi) hoặc tôi được Extra Help thanh toán cho bảo hiểm thuốc theo toa Medicare của tôi, nhưng tôi chưa có sự thay đổi nào.
- Tôi đang chuyển đến, sống ở, hoặc gần đây đã chuyển ra khỏi Cơ sở Chăm sóc Dài hạn (ví dụ: viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn). Tôi đã chuyển đến/sẽ chuyển đến/rời khỏi cơ sở vào (điền ngày) (THÁNG/NGÀY/NĂM).
- \_\_\_\_\_
- Tôi tham gia một chương trình Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người già) vào (điền ngày) (THÁNG/NGÀY/NĂM).
- \_\_\_\_\_
- Tôi tham gia bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn vào (điền ngày) (THÁNG/NGÀY/NĂM).
- \_\_\_\_\_
- Tôi đã được Medicare (hoặc tiểu bang của tôi) đăng ký vào một chương trình và tôi muốn chọn chương trình khác. Việc đăng ký của tôi trong chương trình đó bắt đầu vào (điền ngày) (THÁNG/NGÀY/NĂM).
- \_\_\_\_\_

Nếu không có tuyên bố nào đúng với quý vị hoặc quý vị không chắc chắn, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng Medicare Advantage Plan của Blue Shield of California theo số **(800) 776-4466 (TTY: 711)** để xem quý vị có đủ điều kiện hủy đăng ký hay không. Đối với các thành viên đã đăng ký vào chương trình D-SNP, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ khách hàng theo số **(800) 452-4413 (TTY: 711)**. Chúng tôi mở cửa từ 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày trong tuần.

---

Vui lòng gửi biểu mẫu đã điền đủ thông tin và ký tên qua Email, Thư bưu điện hoặc Fax đến:

**Email:** WHMembership@blueshieldca.com

**Gửi thư:** Blue Shield of California  
PO Box 948  
Woodland Hills, CA 91365-9856

**Fax:** (877) 251-3660