



2024 թ. Անհատական գրանցման հայտածն

Ու՛մ համար է նախատեսված այս ձևը

Medicare պլանից օգտվող անձանց, ովքեր ցանկանում են միանալ Medicare Advantage պլանին

Պլանին միանալու համար հարկավոր է՝

- Լինել Միացյալ Նահանգների քաղաքացի կամ օրինական հիմքերով գտնվել ԱՄՆ-ում
- Բնակվել պլանի սպասարկման տարածքում

Ուշադրություն. Medicare Advantage պլանին միանալու համար դուք պետք է նաև ունենաք երկուսն էլ՝

- Medicare-ի A բաժնի ապահովագրական ծածկույթ (հիվանդանոցային ապահովագրություն)
- Medicare-ի B բաժնի ապահովագրական ծածկույթ (բժշկական ապահովագրություն)

Ե՛րբ կարող եմ օգտագործել այս ձևը

Դուք կարող եք միանալ պլանին՝

- Ամեն տարի հոկտեմբերի 15-ից դեկտեմբերի 7-ն ընկած ժամանակահատվածում (հունվարի 1-ից սկսվող ապահովագրության համար)
- Medicare-ում առաջին անգամ գրանցվելուց հետո 3 ամսվա ընթացքում
- Որոշ դեպքերում ձեզ կարող է թույլատրվել միանալ պլանին կամ փոխել պլանները

Այցելեք Medicare.gov՝ ավելի շատ տեղեկություններ ստանալու համար, թե երբ կարող եք գրանցվել պլանում:

Ի՛նչ է ինձ անհրաժեշտ այս ձևը լրացնելու համար

- Ձեր Medicare-ի համարը (ձեր կարմիր, սպիտակ և կապույտ Medicare քարտի համարը)
- ՎՁեր մշտական հասցեն և հեռախոսահամարը

Նշում. Դուք պետք է լրացնեք 1-ին բաժնի բոլոր կետերը: 2-րդ բաժնի կետերը լրացնելը ըստ ցանկության է. ձեզ չեն կարող չտրամադրել ապահովագրություն, եթե դրանք չլրացնեք:

Հիշեցում.

- Եթե ցանկանում եք պլանին միանալ աշնանային բաց գրանցման ժամանակ (հոկտեմբերի 15–դեկտեմբերի 7), պետք է պլանին ներկայացնեք լրացված ձևը մինչև դեկտեմբերի 7-ը:

- Ձեր պլանից դուք կստանաք պլանի ապահովագրավճարի հաշիվ: Դուք կարող եք ընտրել, որպեսզի ձեր ապահովագրավճարները հանվեն ձեր բանկային հաշվից, կամ ձեր ամսական սոցիալական ապահովության (կամ երկաթուղայինների կենսաթոշակային ֆոնդի) նպաստից:

Հետագա քայլերը

Ձեր լրացված և ստորագրված ձևը էլփոստով, փոստով կամ ֆաքսով ուղարկեք հետևյալ հասցեին՝

Էլփոստով՝ WHMembership@blueshieldca.com

Փոստով՝ Blue Shield of California
PO Box 948
Woodland Hills, CA 91365-9856

Ֆաքսով՝ (877) 251-3660

Երբ ընթացք տրվի պլանին միանալու ձեր հայցին, ձեզ հետ կապ կհաստատեն:

Ինչպե՛ս կարող եմ օգնություն ստանալ այս ձևի հետ կապված

Չանգահարեք ձեր լիազորված գործակալին կամ Blue Shield-ի ներկայացուցչին հետևյալ հեռախոսահամարով՝ **(888) 534-4263**: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**: Կամ զանգահարեք Medicare՝ հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048:

En español: Llame a su Agente Autorizado o a su Representante de Blue Shield al **(888) 534-4263**. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al **711** o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Անօթևանների համար

- Եթե ցանկանում եք միանալ պլանին, բայց չունեք մշտական բնակության վայր, ձեր մշտական բնակության հասցեն կարող է համարվել աբոնեմենտային փոստարկղի հասցեն, ապաստարանի կամ կլինիկայի հասցեն կամ այն հասցեն, որտեղ փոստ էք ստանում (օրինակ՝ սոցիալական ապահովության չեկեր):

Համաձայն Paperwork Reduction Act of 1995-ի (1995թ. Փաստաթղթաշրջանառության կրճատման մասին օրենքի)՝ ոչ ոք պարտավոր չէ արձագանքել տվյալների հավաքման պահանջին, եթե նշված չէ Office of Management and Budget-ի (OMB, Կառավարման և բյուջեի գրասենյակի) վավեր հսկիչ համարը: Սույնով պահանջվող տվյալների հավաքման OMB-ի վավեր հսկիչ համարն է 0938-1378: Այստեղ պահանջվող ինֆորմացիան լրացնելու համար անհրաժեշտ է հատկացնել մտավորապես 20 րոպե յուրաքանչյուր պատասխանի համար, որի մեջ մտնում է հրահանգները կարդալու, ամկա տվյալների ռեսուրսների որոնման, անհրաժեշտ տվյալների հավաքման, հավաքված տվյալները լրացնելու և վերանայելու համար ծախսված ժամանակը: Եթե ունեք մեկնաբանություններ՝ ժամանակի գնահատման ճշգրտության վերաբերյալ, կամ առաջարկություններ այս ձևի բարելավման վերաբերյալ, կարող եք գրել հետևյալ հասցեին՝ CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850:

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ

Մի՛ ուղարկեք այս ձևը կամ ձեր անձնական տվյալներով որևէ նյութ (օրինակ՝ հայց, վճարումներ, բժշկական արձանագրություններ և այլն) PRA Հաշվետվությունների հաշվարկման բաժին: Մեր ստացած ցանկացած նյութ, որը չի վերաբերում այս ձևի կամ տվյալների հավաքման գործընթացի բարելավմանը (նշված է OMB 0938-1378 հոդվածում) կվերացվի: Այն չի պահպանվի, չի վերանայվի կամ ուղարկվի պլանին: Տե՛ս «Հետագա քայլերը» բաժինը այս էջում՝ ձեր լրացված ձևը պլանին ուղարկելու համար:

Բաժին 1 – Այս բաժնի բոլոր դաշտերը պարտադիր պետք է լրացվեն (եթե նշված չեն որպես կամրնտիր)

Ընտրեք այն պլանը, որին ցանկանում եք միանալ.

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Los Angeles/San Diego վարչաշրջաններ (ամսական \$0)

Ազգանուն՝	Անուն՝	Հայրանուն՝ (կամրնտիր)
Ծննդյան ամսաթիվ (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)՝	Սեռ՝ <input type="checkbox"/> Արական <input type="checkbox"/> Իգական	
Հեռախոսահամար՝	Հեռախոսի տեսակը՝ <input type="checkbox"/> Ստացիոնար <input type="checkbox"/> Շարժական	

Մշտական բնակության վայրի փոփոխի հասցեն՝ (Զմուտքագրել արևմենտային փոստարկղի հասցեն)

Փողոցի հասցե՝

Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային կոդ՝
--------	---------	---------------

Փոստային հասցե, եթե տարբերվում է ձեր մշտական հասցեից՝ (Կարող եք մուտքագրել արևմենտային փոստարկղի հասցեն)

Փողոցի հասցե՝

Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային կոդ՝
--------	---------	---------------

Medicare-ին առնչվող ձեր տվյալները՝

Medicare-ի համարը՝

Պատասխանեք այս կարևոր հարցերին.

Բացի Blue Shield TotalDual Plan-ից դուք ունենալու՞ եք դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի այլ ապահովագրություն (օրինակ՝ VA, TRICARE) Այո Ոչ

Դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ապահովագրություն՝

Այլ ապահովագրության անվանումը՝

Այս ապահովագրության անդամի համարը՝

Այս ապահովագրության խմբի համարը՝

Բուժապահովագրություն՝

Ապահովագրության անվանումը՝

Այս ապահովագրության անդամի համարը՝

Այս ապահովագրության խմբի համարը՝

Դուք գրանցվա՞ծ եք նահանգային Medicaid (Medi-Cal) պլանում Այո Ոչ
 Եթե այո, նշե՞ք ձեր Medicaid-ի (Medi-Cal-ի) համարը

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Կարդացեք և ստորագրեք ստորև՝

- Blue Shield TotalDual Plan-ում մնալու համար ես պետք է պահպանեմ ինչպես հիվանդանոցային (A բաժին), այնպես էլ բժշկական (B բաժին) ապահովագրությունը:
- Միանալով Medicare Advantage պլանին՝ ես ընդունում եմ, որ Blue Shield Medicare Advantage պլանն իմ տվյալները փոխանցելու է Medicare-ին, որը կարող է օգտագործել դրանք իմ գրանցման գործընթացին հետևելու, վճարումներ կատարելու և դաշնային օրենքով թույլատրված այլ նպատակների համար, որոնք թույլ են տալիս հավաքել այդ տվյալները (տե՛ս Գաղտնիության մասին օրենքի դրույթը ստորև): Դուք կամավոր եք պատասխանում այս ձևում ներկայացված հարցերին: Սակայն, ներկայացված հարցերին չպատասխանելու դեպքում դա կարող է ազդել պլանում ձեր գրանցվելու վրա:
- Ես հասկանում եմ, որ միաժամանակ կարող եմ գրանցվել միայն մեկ MA պլանում, և այս պլանում գրանցվելու դեպքում ավտոմատ կերպով կավարտվի մեկ այլ MA պլանում իմ գրանցումը (բացառություններ կիրառվում են MA PFFS, MA MSA պլանների համար):
- Ես հասկանում եմ, որ երբ Blue Shield Medicare Advantage պլանի ապահովագրությունը սկսվի, ես ստանալու եմ իմ բոլոր բժշկական և դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի նպաստները այդ Blue Shield Medicare Advantage պլանից: Blue Shield Medicare Advantage պլանի կողմից տրամադրվող նպաստներն ու ծառայությունները, որոնք ներկայացված են Blue Shield Medicare Advantage պլանի *Ապահովագրում* (հայտնի է նաև որպես անդամի պայմանագիր կամ բաժանորդի համաձայնագիր), ներառված են լինելու ապահովագրական ծածկույթում: Ո՛չ Medicare-ը, ո՛չ էլ Blue Shield Medicare Advantage պլանը չեն վճարի այն նպաստների կամ ծառայությունների համար, որոնք ներառված չեն ապահովագրական ծածկույթում:
- Սույն գրանցման ձևում ներկայացված տեղեկատվությունը ճիշտ է, որքան ինձ հայտնի է: Ես հասկանում եմ, որ եթե դիտավորյալ կեղծ տեղեկատվություն տրամադրեմ սույն ձևում, ես կհեռացվեմ պլանից:
- Ես հասկանում եմ, որ դնելով իմ ստորագրությունը (կամ իմ անունից գործելու օրինական լիազորություն ունեցող անձի ստորագրությունը)՝ ես հաստատում եմ, որ կարդացել և հասկանում եմ այս դիմումի բովանդակությունը: Եթե դիմումը ստորագրված է լիազոր ներկայացուցչի կողմից (ինչպես նկարագրված է վերևում), դա նշանակում է, որ՝
 - 1) Այդ անձը լիազորված է նահանգային օրենսդրության համաձայն՝ լրացնելու գրանցման այս ձևը, և
 - 2) Լիազորման փաստաթղթերը պետք է ներկայացվեն Medicare-ի պահանջով:

Ստորագրություն՝	Այսօրվա ամսաթիվը (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)՝
------------------------	---------------------------------------

Եթե լիազորված ներկայացուցիչ եք, ստորագրեք վերևում և լրացրեք այս դաշտերը:
Անուն՝

Փողոցի հասցե՝

Քաղաք՝ Նահանգ՝ Փոստային կոդ՝

Հեռախոսահամար՝

Գրանցվողի հետ կապը՝

Բաժին 2 – Այս բաժնի բոլոր դաշտերը լրացվում են ըստ ցանկության

Դուք եք որոշում այս հարցերին պատասխանել, թե ոչ: Ձեզ չեն կարող մերժել ապահովագրության տրամադրումը, եթե այս բաժնի հարցերին չպատասխանեք:

Արդյո՞ք ծագումով դուք իսպանախոս եք, լատինաամերիկացի, կամ իսպանացի: Ընտրեք բոլոր կիրառելի տարբերակները:

- Ոչ, ես ծագումով իսպանախոս, լատինաամերիկացի կամ իսպանացի չեմ
- Այո, պուերտոռիկացի եմ
- Այո, ծագումով այլ իսպանախոս երկրից եմ, լատինաամերիկացի եմ կամ իսպանացի եմ
- Նախընտրում եմ չպատասխանել:**
- Այո, մեքսիկացի, մեքսիկացի ամերիկացի, չիկանո եմ
- Այո, կուբացի եմ

Նշեք ձեր ռասայական պատկանելությունը Ընտրեք բոլոր կիրառելի տարբերակները:

- Ամերիկացի հնդկացի կամ Ալյասկայի բնիկ Ասիացի
 - Ասիացի հնդիկ
 - Չինացի
 - Ֆիլիպինացի
 - Ճապոնացի
 - Կորեացի
 - Վիետնամացի
 - Այլ ասիացի
- Սևամորթ կամ աֆրոամերիկացի Հավայյան և Խաղաղօվկիանոսյան կղզիների բնիկ
 - Գուամանցի կամ չամորոցի
 - Հավայյան կղզիների բնիկ
 - Սամուացի
 - Խաղաղօվկիանոսյան կղզիների այլ բնիկ
- Սպիտակամորթ
- Նախընտրում եմ չպատասխանել:**

Նշեք, թե անգլերենից բացի որ լեզվով եք ցանկանում տեղեկատվական նյութեր ստանալ մեզից:

- Արաբերեն
- Չինարեն (ավանդական)
- Ռուսերեն
- Հայերեն
- Պարսկերեն
- Տագալերեն
- Կամբոջերեն
- Կորեերեն
- Վիետնամերեն
- Չինարեն (պարզեցված)
- Ռուսերեն

Նշեք, թե ձեզ մատչելի ինչ ձևաչափով եք ցանկանում տեղեկատվական նյութեր ստանալ մեզից:

- Բրայլյան գրատեսակ
- Խոշոր տպատառ
- Աուդիո CD

Դիմեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն՝ **(800) 452-4413 (TTY՝ 711)** հեռախոսահամարով, եթե ցանկանում եք տեղեկատվական նյութերը ստանալ ձեզ մատչելի այլ ձևաչափով, որը Նշված չէ վերևում: Մեր աշխատանքային ժամերն են՝ 8:00-ից մինչև 20:00, շաբաթը յոթ օր:

Էլփոստի հասցե՝

Բջջային հեռախոսահամար՝

Վերևում նշելով ձեր Էլփոստի հասցեն՝ դուք ավտոմատ կերպով մեր պլանի կողմից կստանաք ոչ թղթային տարբերակով առաքվող ծանուցումներ:

Պլանի վերաբերյալ շատ ծանուցումներ դուք կստանաք Էլեկտրոնային եղանակով: Մենք ձեզ Էլեկտրոնային նամակ կուղարկենք՝ առցանց հասանելի Նորություններ ունենալու դեպքում (օրինակ՝ Նպաստների բացատրությունը կամ Փոփոխությունների տարեկան ծանուցումը): Դուք կարող եք կարդալ այս ծանուցումները ցանկացած սարքով՝ համակարգչով, պլանշետով կամ շարժական հեռախոսով:

- Ոչ թղթային տարբերակով նյութերի ուղարկման փոխարեն մենք կարող ենք ձեզ փոստով առաքել պահանջվող նյութերի տպագիր օրինակները: Նկատի ունեցեք, որ որոշ ծանուցումներ կարող են շատ մեծ լինել և ոչ բոլոր փոստարկղերում տեղավորվել: Դուք ցանկացած պահի կարող եք փոխել, թե ինչ տարբերակով եք ցանկանում ստանալ ծանուցումները:

Դուք աշխատում եք Այո Ոչ Ձեր ամուսինն աշխատում է Այո Ոչ

Նշեք ձեր հիմնական բուժող բժշկին (PCP), կլինիկան կամ առողջապահական կենտրոնը՝

Բժշկի, կլինիկայի կամ առողջապահական կենտրոնի անվանումը՝

Բժշկի, կլինիկայի կամ առողջապահական կենտրոնի ID համար՝

Բժշկի, կլինիկայի կամ առողջապահական կենտրոնի խմբի անվանումը՝

Ներկայումս գրանցված պացիենտ եք Այո Ոչ

Ձեր պլանի ապահովագրավճարների վճարում

Դուք կարող եք ամեն ամիս փոստով վճարել ձեր պլանի ամսական ապահովագրավճարը (այդ թվում՝ ուշ գրանցման հետ կապված ցանկացած տույժ, որը ներկայումս ունեք կամ կարող եք ունենալ): Եթե ձեր պլանի համար նախատեսված է ապահովագրավճար, դուք կստանաք ամսական հաշիվ, ինչպես նաև ձեզ կտեղեկացվի, թե որքան և երբ պետք է վճարեք հաջորդ անգամ: Դուք կարող եք վճարել ձեր ապահովագրավճարը՝ այն ավտոմատ կերպով հանելով ձեր սոցիալական ապահովության կամ երկաթուղայինների կենսաթոշակային ֆոնդի (RRB) նպաստից ամեն ամիս:

Վճարման տարբերակների մասին ավելին իմանալու համար այցելեք blueshieldca.com/medicarewaystopay կամ զանգահարեք Հանախորդների սպասարկման կենտրոն՝ **(800) 452-4413 (TTY՝ 711)** հեռախոսահամարով:

Գումարի ավտոմատ դուրսհանում ձեր սոցիալական ապահովության կամ երկաթուղայինների կենսաթոշակային ֆոնդի (RRB) ամսական նպաստից:

Ես ամսական նպաստներ եմ ստանում այստեղից՝ Սոցիալական ապահովություն RRB (Սոցիալական ապահովության/երկաթուղայինների կենսաթոշակային ֆոնդից գումարի հանումը կարող է տևել երկու կամ ավելի ամիս: Շատ դեպքերում, եթե սոցիալական ապահովության/երկաթուղայինների կենսաթոշակային ֆոնդի խորհուրդը ընդունում է գումարի ավտոմատ դուրսհանման ձեր հայցը, ապա առաջին անգամ ձեր սոցիալական ապահովության/երկաթուղայինների կենսաթոշակային ֆոնդի նպաստից հանված գումարի մեջ կներառվեն այն բոլոր ապահովագրավճարները, որոնք պետք է վճարվեն ձեր գրանցման ուժի մեջ մտնելու օրվանից մինչև պահումների սկիզբը: Եթե սոցիալական ապահովության/երկաթուղայինների կենսաթոշակային ֆոնդի խորհուրդը չհաստատի գումարի ավտոմատ դուրսհանման ձեր հայցը, մենք ձեզ կուղարկենք ձեր ամսական ապահովագրավճարների հաշիվը թղթային տարբերակով:)

Եթե դուք D բաժնի ապահովագրության համար պետք է վճարեք եկամտի հետ կապված ամսական փոփոխական գումար (D բաժնի IRMAA), ի լրումն պլանի

ապահովագրավճարների, դուք պետք է վճարեք նաև այդ հավելյալ գումարը: Գումարը սովորաբար հանվում է ձեր սոցիալական ապահովության նպաստից, կամ դուք կարող եք հաշիվ ստանալ Medicare-ից (կամ RRB-ից): Մի վճարեք Blue Shield of California-ին D բաժնի IRMAA-ն:

Ապահովագրական գործակալի տվյալները՝ Ապահովագրական գործակալի անունը, ID-ն կամ NPN-ը **պարտադիր նշել:** Գործակալության անվանումը՝ _____

(տպատառ նշեք նշանակված գործակալության անվանումը)

Գործակալության ID համարը՝ _____

(տպատառ նշեք գործակալության հարկային ID-ն)

Ապահովագրական գործակալի (գրող գործակալի) անունը (պարտադիր նշել)՝ _____

(տպատառ նշեք գրող գործակալի անունը)

Ապահովագրական գործակալի ID համարը՝ _____

(տպատառ նշեք գործակալի հարկային ID համարը)

Ապահովագրական գործակալի (գրող գործակալի) NPN-ը կամ TIN-ը (մեկը պարտադիր նշել)՝ _____

(տպատառ նշեք NPN-ը կամ TIN համարը)

Ապահովագրական գործակալի հեռախոսահամարը՝ _____

Ապահովագրական գործակալի Էլփոստի հասցեն՝ _____

Ապահովագրական գործակալի կողմից դիմումի ստացման ամսաթիվը՝ _____

Ապահովագրական գործակալի ստորագրությունը՝ _____

Իմ ստորագրությամբ ես սույնով հավաստում եմ, որ կարդացել և հասկացել եմ CMS Medicare-ի հաղորդակցության և շուկայավարման ուղեցույցները և գրանցման կանոնները և հաստատում եմ, որ գրանցված անդամը ստացել է գրանցման հետ կապված ամբողջ տեղեկատվությունը: Ես հաստատում եմ, որ Medicare-ի շահառուի գրանցումը Blue Shield of California-ի անունից համապատասխանում է այս կանոններիին:

Blue Shield of California-ն HMO D-SNP պլան է, որտեղ գործում են Medicare-ի և Կալիֆոռնիա նահանգի Medicaid ծրագրի հետ կնքած պայմանագրերը: Blue Shield of California պլանում գրանցումը կախված է պայմանագրի երկարաձգումից:

Գաղտնիության մասին օրենքի դրույթ

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Medicare և Medicaid ծառայությունների կենտրոնները) ինֆորմացիա են հավաքում Medicare-ի պլաններից՝ Medicare Advantage (MA) պլաններում շահառուների գրանցմանը հետևելու, խնամքի որակը բարելավելու և Medicare-ի նպաստների վճարումներին հետևելու նպատակով: Սոցիալական ապահովության մասին օրենքի 1851-րդ բաժինները և 42 CFR §§ 422.50 և 422.60 հոդվածները թույլ են տալիս հավաքել այդ ինֆորմացիան: CMS-ը կարող է օգտագործել, բացահայտել և փոխանակել Medicare-ի շահառուների գրանցման տվյալները, ինչպես նշված է Տվյալների գրանցման համակարգի ծանուցման (SORN) «Medicare Advantage-ի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի (MARx)» մասին 09-70-0588 հոդվածում: Դուք կամավոր եք պատասխանում այս ձևում ներկայացված հարցերին: Սակայն, ներկայացված հարցերին չպատասխանելու դեպքում դա կարող է ազդել պլանում ձեր գրանցվելու վրա:

Սովորաբար դուք կարող եք գրանցվել Medicare Advantage պլանում միայն ամենամյա գրանցման ժամանակահատվածում՝ յուրաքանչյուր տարվա հոկտեմբերի 15-ից մինչև դեկտեմբերի 7-ը: Կարող են լինել բացառություններ, որոնք թույլ կտան ձեզ գրանցվել Medicare Advantage պլանում այս ժամանակահատվածից դուրս:

Ուշադիր կարդացեք հետևյալ հայտարարությունները և նշեք վանդակը, եթե հայտարարությունը վերաբերում է ձեզ: Նշելով ստորև վանդակներից որևէ մեկը՝ դուք հաստատում եք, որ որքան ձեզ հայտնի է՝ դուք իրավունք ունեք գրանցվելու գրանցման ժամանակահատվածում: Եթե ավելի ուշ մենք հայտնաբերենք, որ այս տեղեկատվությունը սխալ է, դուք կարող եք դուրս գալ գրանցումից:

- Ես Medicare-ի նոր անդամ եմ:
- Ես գրանցված եմ Medicare Advantage պլանում և ցանկանում եմ փոփոխություն կատարել Medicare Advantage-ի բաց գրանցման ժամանակահատվածում (MA OEP):
- Ես վերջերս դուրս եմ եկել իմ ընթացիկ պլանի սպասարկման տարածքից կամ վերջերս եմ այս տարածք տեղափոխվել, և այս պլանն ինձ համար նոր տարբերակ է: Ես տեղափոխվել եմ (մուտքագրեք ամսաթիվը ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)
_____:
- Ես վերջերս եմ ազատվել կալանքից: Ես ազատվել եմ կալանքից (մուտքագրեք ամսաթիվը ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)
_____:
- Ես վերջերս եմ վերադարձել Միացյալ Նահանգներ՝ ԱՄՆ-ի սահմաններից դուրս մշտական բնակությունից հետո: Ես վերադարձել եմ ԱՄՆ (մուտքագրեք ամսաթիվը ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)
_____:
- Ես վերջերս եմ ստացել Միացյալ Նահանգներում օրինական կեցության կարգավիճակ: Ես ստացել եմ կարգավիճակը (մուտքագրեք ամսաթիվը ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)
_____:
- Վերջերս ինձ մոտ փոփոխություն է տեղի ունեցել Medicaid պլանի հետ կապված (նորից եմ գրանցվել Medicaid-ում, փոխել եմ Medicaid-ի օգնության մակարդակը կամ կորցրել եմ Medicaid պլանից օգտվելու հնարավորությունը) (մուտքագրեք ամսաթիվը ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)
_____:
- Վերջերս ինձ մոտ փոփոխություն է տեղի ունեցել Extra Help (Լրացուցիչ օգնություն) ծրագրի հետ կապված, որն օգնում է վճարել Medicare-ի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ապահովագրության համար (նորից եմ գրանցվել Extra Help ծրագրում, փոխել եմ Extra Help ծրագրի մակարդակը կամ կորցրել եմ Extra Help ծրագրից օգտվելու հնարավորությունը) (մուտքագրեք ամսաթիվը ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)
_____:
- Ես գրանցված եմ և՛ Medicare, և՛ Medicaid պլաններում (կամ իմ նահանգն է օգնում վճարել Medicare-ի ապահովագրավճարները) կամ ես ստանում եմ Extra Help, որը վճարում է Medicare-ի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ապահովագրության համար, բայց ինձ մոտ որևէ փոփոխություն տեղի չի ունեցել:

- Ես պատրաստվում եմ տեղափոխվել, ապրում եմ կամ վերջերս եմ տեղափոխվել Երկարաժամկետ խնամքի հաստատություն (օրինակ՝ ծերանոց կամ այլ երկարաժամկետ խնամքի հաստատություն): Ես տեղափոխվել եմ/պատրաստվում եմ տեղափոխվել հաստատություն/դուրս եմ եկել այնտեղից (մուտքագրեք ամսաթիվը ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)
_____:
- Ես վերջերս եմ դուրս եկել Program of All-Inclusive Care for the Elderly ծրագրից (PACE, Ծերերի համապարփակ խնամքի ծրագիր) (մուտքագրեք ամսաթիվը ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)
_____:
- Վերջերս ես ոչ իմ կամքով կորցրեցի իմ վստահելի դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի ապահովագրությունից օգտվելու հնարավորությունը (այն նույնքան լավն էր, որքան Medicare-ը): Դա տեղի ունեցավ (նշեք ամսաթիվը ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)
_____:
- Ես դուրս եմ գալիս գործատուի կամ արհմիության ապահովագրական ծածկույթից (մուտքագրեք ամսաթիվը ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)
_____:
- Ես գրանցված եմ իմ նահանգի կողմից դեղատներին տրամադրվող օգնության ծրագրում:
- Իմ պլանը դադարեցնում է Medicare-ի հետ իր պայմանագիրը, կամ Medicare-ն է դադարեցնում իմ պլանի հետ պայմանագիրը:
- Ես գրանցվել եմ պլանում Medicare-ի (կամ իմ նահանգի) կողմից և ես ուզում եմ այլ պլան ընտրել: Ինձ գրանցել են այդ պլանում (նշեք ամսաթիվը ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)
_____:
- Ես գրանցված էի Հատուկ կարիքների պլանում (SNP), բայց այլևս չեմ համապատասխանում հատուկ կարիքների պլանից օգտվելու չափանիշներին: Ես դուրս եմ եկել SNP-ից (նշեք ամսաթիվը ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)
_____:
- Ես տուժել եմ արտակարգ իրավիճակի կամ մեծ աղետի պատճառով (որը հայտարարվել է Արտակարգ իրավիճակների կառավարման դաշնային գործակալության (FEMA) կամ դաշնային, նահանգային կամ տեղական ինքնակառավարման մարմնի կողմից): Այստեղ նշված հայտարարություններից մեկը վերաբերում էր ինձ, բայց ես չեմ կարողացել գրանցման հայց ներկայացնել աղետի պատճառով:
 - Ես բաց եմ թողել Նախնական ընտրության ժամանակահատվածը (IEP)
 - Ես բաց եմ թողել Ամենամյա գրանցման ժամանակահատվածը (AEP)
- Ես գրանցված եմ այնպիսի պլանում, որը վերջերս անցել է նահանգային կամ տարածքային կարգավորող մարմնի վերահսկողության տակ ֆինանսական խնդիրների պատճառով: Ես ցանկանում եմ անցնել մեկ ուրիշ պլանի:
- Ես գրանցված եմ այնպիսի պլանում, որը վերջին 3 տարվա ընթացքում ուներ 3 աստղիկից ցածր վարկանիշ: Ես ցանկանում եմ միանալ 3 աստղիկ կամ ավելի բարձր վարկանիշ ունեցող պլանին:
- Ես նոր եմ գրանցել Medicare-ում ԵՎ Medicare-ից օգտվելու իրավունքի մասին ինձ ծանուցվել է հետադարձ ամսաթիվով, այսինքն՝ ինձ ծանուցվել է Medicare-ից օգտվելու իմ իրավունքի մասին A և/կամ B բաժնի ապահովագրության ուժի մեջ մտնելուց հետո:

Եթե այս հայտարարություններից ոչ մեկը ձեզ չի վերաբերում կամ դուք վստահ չեք, կապ հաստատեք Blue Shield of California-ի հետ **(888) 534-4263 (TTY՝ 711)** հեռախոսահամարով կամ լիազորված գործակալի հետ՝ պարզելու համար արդյոք իրավունք ունեք գրանցվել: Մենք աշխատում ենք 8:00-ից մինչև 20:00-ն, շաբաթը յոթ օր հոկտեմբերի 1-ից մինչև մարտի 31-ը, և 8:00-ից մինչև 20:00-ն, երկուշաբթիից ուրվաթ ապրիլի 1-ից մինչև սեպտեմբերի 30-ը: