

إذا طلبت إلغاء التسجيل، فيجب أن تستمر في الحصول على جميع الرعاية الطبية من خطة Blue Shield Medicare Advantage الخاصة بك إلى حين تاريخ نفاذ الإلغاء. تواصل معنا للتحقق من إلغاء تسجيلك قبل أن تطلب خدمات طبية خارج شبكة خطة Blue Shield Medicare Advantage. سوف نبذلك بتاريخ النفاذ بعد استلامنا لهذه الاستمارة منك.

رقم العضو:

اسم العائلة:	الاسم الأول:	أول حرف من الاسم الأوسط:
--------------	--------------	--------------------------

تاريخ الميلاد (شهر/ يوم/ سنة):	نوع الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى
--------------------------------	---

رقم هاتف المنزل:

يرجى قراءة المعلومات التالية بعناية وإكمالها قبل التوقيع وكتابة التاريخ على استمارة إلغاء التسجيل هذه: إذا سجلت في خطة أخرى من خطط Medicare Advantage أو خطة Medicare الأدوية الموصوفة، أعي أن Medicare ستلغي عضويتي الحالية في خطة Blue Shield Medicare Advantage في تاريخ نفاذ التسجيل الجديد. أعي أنه قد لا أتمكن من التسجيل في خطة أخرى في هذا الوقت. كما أعي أنه إذا قمت بإلغاء تغطية الأدوية الموصوفة من Medicare وأردت الحصول على تغطية أدوية موصوفة من Medicare في المستقبل، فقد أضطر إلى دفع قسط أعلى لهذه التغطية.

توقيعك*:	تاريخ اليوم (شهر/يوم/سنة):
----------	----------------------------

*أو توقيع الفرد المفوض بالتصرف بالنيابة عني بموجب قوانين الولاية التي أقيم فيها. في حال التوقيع من قبل فرد مفوض (كما هو موضح أعلاه)، فإن هذا التوقيع يقر ما يلي:

- هذا الفرد مفوض له بموجب قانون الولاية بإكمال إلغاء التسجيل،
- وتوثيق هذه السلطة متاح عند الطلب بواسطة خطة Blue Shield Medicare Advantage أو بواسطة Medicare.

إذا كنت ممثلًا مفوضًا، فعليك تقديم المعلومات التالية:

اسم العائلة:	الاسم الأول:	أول حرف من الاسم الأوسط:
--------------	--------------	--------------------------

العنوان والشارع:

المدينة:	الولاية:	الرمز البريدي:
----------	----------	----------------

رقم الهاتف:

علاقته بالعضو المسجل:

عادةً، يمكنك إلغاء التسجيل في خطة Medicare Advantage فقط خلال فترة التسجيل السنوية من 15 تشرين الأول/أكتوبر إلى 7 كانون الأول/ديسمبر من كل عام أو خلال فترة التسجيل المفتوحة في Medicare Advantage من 1 كانون الثاني/يناير إلى 31 آذار/مارس من كل عام. توجد استثناءات قد تسمح لك بإلغاء التسجيل في خطة Medicare Advantage خارج هذه الفترة.

يرجى قراءة البيانات التالية بعناية وتحديد المربع إذا كانت البيانات تنطبق عليك. من خلال تحديد أي من المربعات التالية، فإنك تؤكد -على حد علمك- أنك مؤهل لفترة اختيار.

☐ لقد حدث لي مؤخرًا تغيير في Medicaid (حصلت مؤخرًا على Medicaid، أو حدث تغيير في مستوى مساعدة Medicaid، أو فقدت تغطية Medicaid) في يوم (أدخل التاريخ) (شهر/يوم/سنة).

☐ لقد حدث لي مؤخرًا تغيير في Extra Help (الإعانة الإضافية) الخاصة بي في دفع تكاليف تغطية الأدوية الموصوفة من برنامج Medicare (لقد حصلت مؤخرًا على Extra Help، أو حدث تغيير في مستوى Extra Help، أو فقدت Extra Help) في يوم (أدخل التاريخ) (شهر/يوم/سنة).

☐ أنتقل إلى منشأة رعاية طويلة الأمد أو أعيش فيها أو انتقلت مؤخرًا منها (على سبيل المثال، دار رعاية المسنين أو منشأة رعاية طويلة الأمد). انتقلت/سوف أنتقل إلى/من المنشأة في يوم (أدخل التاريخ) (شهر/يوم/سنة).

☐ انضم إلى برنامج (PACE) Program of All-Inclusive Care for the Elderly، برنامج الرعاية الشاملة للمسنين) في يوم (أدخل التاريخ) (شهر/يوم/سنة).

☐ انضم إلى تغطية رب العمل أو النقابة في يوم (أدخل التاريخ) (شهر/يوم/سنة).

☐ تم تسجيلي في خطة من قبل Medicare (أو ولايتي) وأريد اختيار خطة مختلفة. بدأت عملية تسجيلي في هذه الخطة في يوم (أدخل التاريخ) (شهر/يوم/سنة).

إذا لم ينطبق أي من هذه العبارات عليك أو لم تكن متأكدًا، فيرجى الاتصال بخدمة العملاء لدى خطة Blue Shield of California Medicare Advantage على الهاتف (800) 776-4466 (TTY: 711) أو الوكيل المفوض، لمعرفة ما إذا كنت مؤهلًا لإلغاء التسجيل أم لا. بالنسبة للأعضاء المسجلين في خطط (D-SNP) Dual Special Needs Plan، خطة الاحتياجات الخاصة للأفراد ذوي التأهيل المزوج، يرجى الاتصال بخدمة العملاء على (800) 452-4413 (TTY: 711). نحن متواجدون من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام في الأسبوع.

أرسل استمارتك المكتملة والموقعة عبر البريد الإلكتروني أو البريد العادي أو الفاكس إلى:

البريد الإلكتروني: WHMembership@blueshieldca.com

عنوان البريد: Blue Shield of California

P.O. Box 948

Woodland Hills, CA 91365-9856

(877) 251-3660

الفاكس: