



فرم لغو ثبتنام طرح Blue Shield of California Medicare Advantage

اگر درخواست لغو ثبتنام دارید، باید تا تاریخ اجرای لغو ثبتنام، تمام مراقبت‌های پزشکی خود را همچنان از طرح Blue Shield Medicare Advantage دریافت کنید. قبل از دریافت خدمات پزشکی خارج از شبکه طرح Blue Shield Medicare Advantage، برای تأیید لغو ثبتنام خود با ما تماس بگیرید. پس از دریافت این فرم از شما، تاریخ اجرا را به شما اطلاع خواهیم داد.

شماره عضویت:

نام خانوادگی:	نام:	حرف اول نام میانی:
تاریخ تولد (سال/روز/ماه):		جنسیت: ☐ مرد ☐ زن

شماره تلفن همراه:

لطفاً قبل از امضا و تاریخ‌گذاری این فرم لغو ثبتنام، اطلاعات زیر را با دقت مطالعه و تکمیل کنید:

اگر در طرح Medicare Advantage یا طرح داروهای نسخه‌ای Medicare دیگری ثبتنام کرده‌ام، می‌دانم که Medicare عضویت فعلی من در طرح Blue Shield Medicare Advantage را در تاریخ اجرای ثبتنام جدید لغو خواهد کرد. می‌دانم که ممکن است در حال حاضر نتوانم در برنامه دیگری ثبتنام کنم. همچنین می‌دانم اگر پوشش داروی تجویزی Medicare خود را لغو کنم و در آینده بخواهم پوشش داروی تجویزی Medicare داشته باشم، ممکن است مجبور به پرداخت حق بیمه بالاتری برای این پوشش شوم.

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

*یا امضای شخصی که طبق قوانین ایالت محل سکونت شما مجاز به اقدام از طرف شما است. اگر فرد مجازی (مطابق شرح فوق) امضا کرده باشد، این امضا گواهی می‌دهد که:

- این شخص طبق قانون ایالتی مجاز به تکمیل این لغو ثبتنام است، و
- اسناد این مرجع در صورت درخواست توسط طرح Blue Shield Medicare Advantage یا Medicare درست‌تر است.

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 ثبتنام‌کننده:		

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

لطفاً عبارات زیر را به‌دقت بخوانید و اگر عبارت درمورد شما صدق می‌کند، کادر را علامت بزنید. با علامت زدن هر یک از کادرهای زیر، تأیید می‌کنید که تا آنجا که می‌دانید، واجد شرایط یک «دوره انتخاب» هستید.

☐ من اخیراً در این تاریخ تغییری در **Medicaid** خود داشتم (به‌تازگی **Medicaid** دریافت کردم، سطح کمک **Medicaid** را تغییر دادم یا **Medicaid** را از دست دادم) (تاریخ را وارد کنید) (سال/روز/ماه).

☐ من اخیراً در این تاریخ تغییری در **Extra Help** (کمک اضافی) خود برای پوشش داروی نسخه‌ای **Medicare** هزینه پرداخت می‌کند، داشته‌ام (به‌تازگی **Extra Help** دریافت کردم، سطح **Extra Help** را تغییر دادم یا **Extra Help** را از دست دادم) (تاریخ را وارد کنید) (سال/روز/ماه).

☐ من به یک «مرکز مراقبت طولانی‌مدت» نقل‌مکان می‌کنم، در آن زندگی می‌کنم یا اخیراً از آن خارج شده‌ام (مثلاً، خانه سالمندان یا مرکز مراقبت طولانی‌مدت). من در این تاریخ به داخل/خارج از مرکز نقل‌مکان کردم/خواهم کرد (تاریخ را وارد کنید) (سال/روز/ماه).

☐ من در این تاریخ به برنامه **(PACE) Program of All-Inclusive Care for the Elderly**، برنامه مراقبت جامع برای سالمندان) می‌پیوندم (تاریخ را وارد کنید) (سال/روز/ماه).

☐ من در این تاریخ به پوشش کارفرما یا اتحادیه می‌پیوندم (تاریخ را وارد کنید) (سال/روز/ماه).

☐ من در برنامه‌ای توسط **Medicare** (یا ایالت) ثبت‌نام شده‌ام و می‌خواهم طرح دیگری را انتخاب کنم. ثبت‌نام من در آن طرح در این تاریخ شروع شد (تاریخ را وارد کنید) (سال/روز/ماه).

اگر هیچ یک از این عبارات درمورد شما صدق نمی‌کند یا مطمئن نیستید، لطفاً با خدمات مشتریان طرح **Blue Shield of California Medicare Advantage** به شماره **(800) 776-4466 (TTY: 711)** تماس بگیرید تا ببینید که آیا واجد شرایط لغو ثبت‌نام هستید یا خیر. برای اعضای که در طرح‌های **(D-SNP) Dual Special Needs Plan**، طرح نیازهای ویژه افراد واجد شرایط دوگانه) ثبت‌نام کرده‌اند، لطفاً با خدمات مشتریان به شماره **(800) 452-4413 (TTY: 711)** تماس بگیرید. ما از ساعت 8 صبح تا 8 شب به وقت اقیانوس آرام، هفت روز هفته در دسترس هستیم.

فرم تکمیل و امضاشده خود را ایمیل، پست یا دورنگار کنید:

ایمیل: **WHMembership@blueshieldca.com**

پست: **Blue Shield of California**

P.O. Box 948

Woodland Hills, CA 91365-9856

دورنگار: **(877) 251-3660**