



# Biểu mẫu Hủy Đăng Ký Chương trình Blue Shield of California Medicare Advantage

Nếu quý vị yêu cầu hủy đăng ký, quý vị phải tiếp tục nhận tất cả các dịch vụ chăm sóc y tế từ Chương trình Blue Shield Medicare Advantage cho đến ngày hủy đăng ký có hiệu lực. Hãy 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 Chương trình Blue Shield Medicare Advantage. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về ngày có hiệu lực sau khi chúng tôi nhận được đơn này từ quý vị.

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 điền đầy đủ các thông tin sau đây trước khi ký tên và ghi ngày vào đơn hủy đăng ký này:**

Nếu tôi đã đăng ký một Chương trình Medicare Advantage hoặc Medicare Thuốc theo toa khác, tôi hiểu rằng Medicare sẽ hủy bỏ tư cách thành viên hiện tại của tôi trong Chương trình Blue Shield Medicare Advantage vào ngày đăng ký mới đó có hiệu lực. Tôi hiểu rằng tôi có thể sẽ không đăng ký được chương trình khác vào lúc này. Tôi cũng hiểu rằng nếu tôi hủy đăng ký bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare và muốn được bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare trong tương lai, tôi có thể sẽ 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 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 của cơ quan này sẽ được cung cấp khi có yêu cầu của Chương trình Blue Shield Medicare Advantage 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 ngày 7 tháng 12 hàng năm hoặc trong Thời gian Đăng ký Mở rộng của Medicare Advantage từ ngày 1 tháng 1 đến 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 (Medicaid mới nhận, đã thay đổi mức trợ cấp Medicaid, hoặc Medicaid bị mất) vào (ghi ngày) (THÁNG/NGÀY/NĂM).
- ☐ Gần đây tôi đã có một sự thay đổi trong Extra Help (Trợ Giúp Thêm) thanh toán cho bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare (Extra Help mới nhận, đã có sự thay đổi về cấp độ Extra Help, hoặc Extra Help bị mất) vào (ghi ngày) (THÁNG/NGÀY/NĂM).
- ☐ 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 đi/sẽ chuyển đến/rời khỏi cơ sở vào (ghi ngày) (THÁNG/NGÀY/NĂM).
- ☐ Tôi sẽ tham gia chương trình Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người già) vào (ghi ngày) (THÁNG/NGÀY/NĂM).
- ☐ Tôi sẽ tham gia bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn vào (ghi 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 (ghi 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 của Chương trình Blue Shield of California Medicare Advantage 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 chương trình Dual Special Needs Plan (D-SNP, Chương trình Nhu cầu Đặc biệt Đủ điều kiện Kép), vui lòng liên hệ bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số **(800) 452-4413 (TTY: 711)**. Chúng tôi làm việc từ 8:00 đến 20:00 giờ Thái Bình Dương, 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  
P.O. Box 948  
Woodland Hills, CA 91365-9856

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