



فرم تغییر طرح Blue Shield of California Medicare Advantage سال 2026

اعضای فعلی طرح Blue Shield of California Medicare Advantage می‌توانند از این فرم ثبت‌نام کوتاه برای ثبت‌نام در طرح Medicare Advantage ارائه‌شده توسط Blue Shield of California استفاده کنند.

لطفاً فرم تکمیل‌شده‌تان را با نمابر یا پست به این نشانی ارسال کنید:

دورنگار: (877) 251-3660

پست: Blue Shield of California, P.O. Box 948, Woodland Hills, CA 91365-9856

در حال حاضر عضو طرح _____ در _____
با حق بیمه ماهانه \$ _____ هستم.

طرحی را که می‌خواهید به آن بپیوندید انتخاب کنید:

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

☐ شهرستان‌های Los Angeles/San Diego

(\$0 در ماه)

آگاه هستم که این طرح مزایای سلامت مختلفی دارد و ممکن است مطابق آنچه در بالا عنوان شد حق بیمه ماهانه داشته باشد.

شماره عضویت:

نام خانوادگی:	نام:	حرف اول نام میانی (اختیاری):
---------------	------	------------------------------

نوع تلفن: ☐ تلفن ثابت ☐ تلفن همراه	شماره تلفن:
--	-------------

نشانی دائمی خیابان (صندوق پستی را وارد نکنید. توجه: برای افرادی که بی‌خانمان هستند، صندوق پستی ممکن است نشانی محل اقامت دائم شما در نظر گرفته شود):

نشانی خیابان:

شهر:	ایالت:	کد پستی:
------	--------	----------

نشانی پستی، اگر متفاوت از نشانی محل اقامت دائمی شما است (صندوق پستی مجاز است):

نشانی خیابان:

شهر:	ایالت:	کد پستی:
------	--------	----------

نام پزشک مراقبت‌های اولیه (PCP) یا درمانگاه انتخاب‌شده (فقط HMO):

مطابق با Paperwork Reduction Act (PRA)، قانون کاهش تشریفات اداری) مصوب 1995، هیچ شخصی ملزم به پاسخگویی به جمع‌آوری اطلاعات نیست، مگر اینکه درخواست جمع‌آوری اطلاعات دارای شماره کنترل معتبر از Office of Management and Budget (OMB)، اداره مدیریت و بودجه باشد. شماره کنترل معتبر OMB برای این درخواست جمع‌آوری اطلاعات 0938-1378 است. زمان برآوردشده لازم برای تکمیل این جمع‌آوری اطلاعات به‌طور متوسط 20 دقیقه برای هر پاسخ است که شامل زمان بازبینی دستورالعمل‌ها، جستجوی منابع داده‌های موجود و جمع‌آوری داده‌های موردنیاز و تکمیل و بررسی جمع‌آوری اطلاعات است. اگر هرگونه نظری راجع به دقت برآورد(های) زمانی دارید یا پیشنهادی برای بهبود این فرم دارید، لطفاً نظر خود را ارسال کنید به: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

مهم

این فرم یا هر موردی را با اطلاعات شخصی خود (مانند ادعاها، پرداخت‌ها، سوابق پزشکی و غیره) به PRA Reports Clearance Office (دفتر تسویه گزارشات PRA) ارسال نکنید. هر موردی که به‌دست می‌آوریم که درمورد چگونگی بهبود این فرم یا بار مجموعه آن (که در OMB 0938-1378 ذکر شده) نباشد، از بین خواهد رفت. نگهداری، بررسی یا ارسال به طرح نخواهد شد.

بخش 2 - تمامی فیلدهای این بخش اختیاری است

پاسخ دادن به این پرسش‌ها اختیاری است. به دلیل تکمیل نکردن آنها کسی نمی‌تواند شما را از پوشش بیمه محروم کند.

اگر می‌خواهید اطلاعات را به زبانی غیر از انگلیسی برای شما ارسال کنیم، یک مورد را انتخاب کنید.

- | | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ عربی | ☐ چینی (سنتی) | ☐ اسپانیایی |
| ☐ ارمنی | ☐ فارسی | ☐ تاگالوگ |
| ☐ کامبوجی | ☐ کره‌ای | ☐ ویتنامی |
| ☐ چینی (ساده‌شده) | ☐ روسی | |

اگر می‌خواهید اطلاعات را در یکی از قالب‌های دسترس‌پذیر برای شما ارسال کنیم، یک مورد را انتخاب کنید.

- ☐ خط بریل ☐ چاپ درشت ☐ سیدی صوتی ☐ سیدی دیتا

اگر نیاز دارید اطلاعات را در قالبی دسترس‌پذیر که در قسمت بالا ذکر نشده است دریافت کنید، لطفاً با «خدمات مشتریان» از طریق شماره (TTY: 711) 452-4413 (800) تماس بگیرید. ساعات کاری ما از 8 صبح تا 8 شب به وقت PT (منطقه زمانی اقیانوس آرام) در هفت روز هفته است.

نشانی ایمیل:

با ارائه نشانی ایمیل خود در قسمت بالا، به‌طور خودکار در خدمات تحویل غیرکاغذی برای برخی از اطلاعیه‌های طرح خود عضو می‌شوید.

بسیاری از اطلاعیه‌های الزامی طرح خود را به‌صورت الکترونیکی تحویل خواهید گرفت. هنگامی که اطلاعیه‌های جدید (مثلاً: «توضیح مزایا» یا «اطلاعیه سالانه تغییرات») به‌صورت آنلاین در دسترس قرار می‌گیرد، ایمیلی به شما ارسال خواهیم کرد. می‌توانید از طریق هر دستگاهی مثل رایانه، تبلت یا تلفن همراه به این اطلاعیه‌ها دسترسی یابید.

☐ به‌جای تحویل غیرکاغذی، نسخه‌های چاپی مطالب لازم را برای شما پست خواهیم کرد. هر زمان که بخواهید می‌توانید روش ترجیحی خود برای تحویل را تغییر دهید.

حق بیمه طرح شما

می‌توانید از طریق پست حق بیمه ماهانه خود را (از جمله هرگونه جریمه دیرکرد ثبت‌نام که در حال حاضر بدهکار هستید یا ممکن است بدهکار باشید) پرداخت کنید. اگر طرح شما سررسید حق بیمه داشته باشد، صورت‌حساب ماهانه‌ای شامل مبلغ و تاریخ پرداخت بعدی دریافت خواهید کرد، یا می‌توانید انتخاب کنید که حق بیمه شما به صورت خودکار هر ماه از مزایای بیمه تأمین اجتماعی یا **Railroad Retirement Board (RRB)**، انجمن بازنشستگان راه‌آهن کسر شود.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره گزینه‌های پرداخت خود، به وبگاه ما به نشانی blueshieldca.com/medicarewaystopay مراجعه کنید یا از طریق شماره (800) 452-4413 (TTY: 711) با «خدمات مشتریان» تماس بگیرید.

☐ کسر خودکار از چک مزایای بیمه تأمین اجتماعی یا **Railroad Retirement Board (RRB)** شما.
مزایای ماهیانه را از اینجا دریافت می‌کنم: ☐ تأمین اجتماعی ☐ RRB

(شروع کسر از مزایای تأمین اجتماعی/**Railroad Retirement Board** ممکن است دو ماه یا بیشتر طول بکشد. در بسیاری از موارد، اگر تأمین اجتماعی/**Railroad Retirement Board** درخواست شما برای کسر خودکار را بپذیرد، اولین کسر از چک مزایای تأمین اجتماعی/**Railroad Retirement Board** شما شامل تمامی حق بیمه‌های معوقه از تاریخ اجرایی شدن ثبت‌نام شما تا زمان شروع کسر مزایا خواهد بود. اگر تأمین اجتماعی/**Railroad Retirement Board** درخواست شما برای کسر خودکار را نپذیرد، برای حق بیمه ماهانه‌تان صورت‌حساب کاغذی برای شما ارسال خواهیم کرد.)

اگر «مبلغ تعدیل ماهانه وابسته به درآمد بخش D» برای شما تعیین شود، اداره تأمین اجتماعی به شما اطلاع خواهد داد. علاوه بر حق بیمه، مسئولیت پرداخت این مبلغ اضافی هم بر عهده شما خواهد بود. این مبلغ یا از چک مزایای تأمین اجتماعی شما کسر خواهد شد یا صورت‌حساب آن را **Medicare** یا **Railroad Retirement Board** مستقیماً برای شما ارسال خواهد کرد. بخش **D-IRMAA** را به **Blue Shield of California** پرداخت نکنید.

افراد دارای درآمد محدود ممکن است واجد شرایط دریافت **Extra Help** (کمک اضافی) برای پرداخت هزینه‌های داروهای نسخه‌ای خود باشند. اگر واجد شرایط باشید، **Medicare** می‌تواند هزینه‌های دارویی شما، از جمله حق بیمه ماهانه داروهای نسخه‌ای، فرانشیزهای (سهم بیمه‌گذار) سالانه و بیمه مشترک را بپردازد. به علاوه، افرادی که واجد شرایط هستند، «جریمه دیرکرد ثبت‌نام» نخواهند داشت. بسیاری از مردم واجد شرایط این پس‌اندازها هستند و اصلاً اطلاعی از این موضوع ندارند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این **Extra Help**، با دفتر تأمین اجتماعی محلی خود تماس بگیرید، یا از طریق شماره تلفن (800) 772-1213 با «تأمین اجتماعی» تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره (800) 325-0778 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید برای **Extra Help** به صورت آنلاین در این نشانی درخواست دهید www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help.

اگر واجد شرایط دریافت **Extra Help** در مورد هزینه‌های پوشش داروهای نسخه‌ای **Medicare** خود باشید، **Medicare** تمام یا بخشی از حق بیمه طرح شما را برای این مزایا پرداخت خواهد کرد. اگر **Medicare** فقط بخشی از این حق بیمه را بپردازد، ما مبلغی را که **Medicare** پوشش نمی‌دهد به شما صورت‌حساب می‌دهیم.

لطفاً قسمت زیر را مطالعه و امضا کنید

Blue Shield of California طرحی است که با دولت فدرال قرارداد دارد.

آگاه هستم که اگر از نماینده فروش، کارگزار یا شخص دیگر تحت استخدام یا تحت قرارداد Blue Shield TotalDual Plan کمک دریافت کنم، مبالغ پرداختی به آن شخص ممکن است بر مبنای ثبت‌نام من در Blue Shield TotalDual Plan باشد.

انتشار اطلاعات: با پیوستن به این طرح سلامت Medicare، تصدیق می‌کنم که اگر برای درمان، پرداخت و امور مراقبت‌های سلامت لازم باشد، طرح سلامت Medicare اطلاعات من را در اختیار Medicare و سایر طرح‌ها قرار خواهد گذاشت. همچنین، تصدیق می‌کنم که Blue Shield TotalDual Plan اطلاعات من، از جمله داده‌های اتفاقات مربوط به داروهای نسخه‌ای من را در اختیار Medicare قرار می‌دهد، که ممکن است آن‌ها را برای تحقیقات و سایر اهدافی که تابع همه قوانین و مقررات فدرال قابل اجرا است منتشر کند. تاجایی که می‌دانم، تمام اطلاعات این فرم ثبت‌نام صحیح است. آگاه هستم که اگر عمداً اطلاعات نادرستی در این فرم ارائه دهم، ثبت‌نام من در این طرح لغو خواهد شد. آگاه هستم که افراد دارای بیمه Medicare در خارج از کشور تحت پوشش Medicare نیستند، جز پوشش محدود در نزدیکی مرز ایالات متحده.

می‌دانم که از تاریخی که پوشش Blue Shield TotalDual Plan شروع می‌شود، باید تمام مراقبت‌های بهداشتی خود را از Blue Shield TotalDual Plan دریافت کنم، به جز خدمات اضطراری یا ضروری یا خدمات دیالیز خارج از منطقه. خدمات مجاز از سوی Blue Shield TotalDual Plan و سایر خدمات موجود در سند **Evidence of Coverage (EOC)**، مدرک پوشش) مربوط به Blue Shield TotalDual Plan (که قرارداد عضو یا توافق‌نامه مشترک نیز نامیده می‌شود) تحت پوشش قرار خواهند گرفت. بدون داشتن مجوز، نه **MEDICARE** و نه **BLUE SHIELD TOTALDUAL PLAN** بابت خدمات هزینه‌ای پرداخت نخواهند کرد.

این طرح شامل یک مزیت مکمل ویژه برای بیماران مزمن (**SSBCI**) به نام «مزایای غذا و محصولات غذایی» است. من می‌دانم که باید به یک بیماری طولانی‌مدت خاص که به عنوان بیماری مزمن شناخته می‌شود مبتلا باشم تا بتوانم از این مزیت استفاده کنم. Blue Shield با استفاده از اطلاعات دریافتی از پزشکم یا با تماس با پزشکم برای دریافت یک بیانیه امضا شده درباره بیماری مزمن من، تعیین خواهد کرد که آیا من واجد شرایط مزایای «غذا و محصولات غذایی» هستم یا خیر.

آگاه هستم که امضای من (یا امضای شخصی که بر اساس قوانین ایالت محل زندگی‌ام مجاز است از طرف من اقدام کند) در این درخواست به این معناست که محتوای این درخواست را مطالعه و درک کرده‌ام. اگر فرد مجازی (مطابق شرح فوق) امضا کرده باشد، این امضا گواهی می‌دهد که: (1) این شخص طبق قانون ایالتی مجاز به تکمیل این ثبت‌نام است و (2) مدارک این اختیار قانونی در صورت درخواست از سوی Medicare در دسترس قرار می‌گیرد.

امضا:	تاریخ امروز (سال/روز/ماه):

اگر نماینده مجاز هستید، باید صفحه قبل را امضا کنید و اطلاعات زیر را وارد کنید:

نام:

نشانی:

شهر:

کد پستی:

ایالت:

شماره تلفن:

نسبت با ثبت‌نام‌کننده:

فقط برای افرادی که به ثبت‌نام‌کنندگان در تکمیل این فرم کمک می‌کنند

این بخش را کامل کنید اگر شما فردی (یعنی از عاملان، کارگزاران، مشاوران (SHIP) State Health Insurance Program، برنامه کمک بیمه سلامت ایالت)، اعضای خانواده یا سایر اشخاص ثالث) هستید که به ثبت‌نام‌کننده کمک می‌کند تا این فرم را پر کند.

نام: _____ نسبت با ثبت‌نام‌کننده: _____

امضا: _____

اطلاعات عامل نوشتار/سازنده:

*فیلد الزامی را نشان می‌دهد.

نام آژانس تعیین‌شده:

شناسه مالیاتی آژانس منصوب*:

نام عامل نوشتار/سازنده*:

NPN فردی عامل نوشتار/سازنده*:

نشانی ایمیل عامل نوشتار/سازنده:

شماره تلفن عامل نوشتار/سازنده:

امضای عامل نوشتار/سازنده:

تاریخ دریافت درخواست از سوی واسطه بیمه:

با امضا کردن این سند، بدین‌وسیله گواهی می‌دهم که «قوانین ثبت‌نام و دستورالعمل‌های بازاریابی و ارتباطات CMS Medicare» را خوانده و درک کرده‌ام و تأیید می‌کنم که فرد ثبت‌نام‌کننده کیت کامل ثبت‌نام را دریافت کرده است. موافقت می‌کنم که این ثبت‌نام دینفع Medicare، از طرف Blue Shield of California، با این قوانین مطابقت داشته است.

Blue Shield of California یک طرح HMO D-SNP با قرارداد Medicare و California State Medicaid Program (برنامه Medicaid ایالت کالیفرنیا) است. ثبت‌نام در Blue Shield of California به تمدید قرارداد بستگی دارد.