

Ու՞մ համար է նախատեսված այս ձևը

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

Պլանին միանալու համար անհրաժեշտ պայմանները.

- 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
- Երկու պլաններից օգտվելու իրավունակ անձանց թույլատրվում է ամսական մեկ անգամ գրանցվել FIDE SNP-ում, AIP-ով կամ Original Medicare-ում՝ PDP-ով: Գրանցումն ուժի մեջ է հաջորդ ամսվա առաջին օրվանից: 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)
- Վերջին 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 Railroad Retirement Board (RRB, Երկաթուղայինների կենսաթոշակային ֆոնդի)) նպաստից:

Հետագա քայլերը

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

Էլիոստով՝ WHMemberships@blueshieldca.com

Փոստով՝ Blue Shield of California

P.O. 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

Հանգահարեք ձեր լիազորված գործակալին կամ Blue Shield-ի ներկայացուցիչին հետևյալ հեռախոսահամարով՝ **(888) 534-4263**: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**: Կամ զանգահարեք Medicare՝ 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 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Անօթևանների դեպքում

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

Համաձայն 1995 թվականի Paperwork Reduction Act-ի (PRA, 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 մոտավորապես 20 րոպե յուրաքանչյուր պատասխանի համար, որի մեջ մտնում է հրահանգները կարդալու, առկա 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 կոնֆիդենցիալ (օրինակ՝ հայց, վճարումներ, բժշկական արձանագրություններ և այլն) PRA Reports Clearance Office (PRA Հաշվետվությունների հաշվարկման բաժին): Մեր ստացած ցանկացած կոնֆիդենցիալ, 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 պլանը, որին ցանկանում եք միանալ՝

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

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

Ազգանուն՝	Անուն՝	Հայրանուն՝ (կամրնտիր)
-----------	--------	--------------------------

Ծննդյան ամսաթիվ (ԱԱ/ՕՕ/ՏՏՏՏ)՝	Սեռ՝ ☐ Ար. ☐ Իգ.
-------------------------------	--

Հեռախոսահամար՝	Հեռախոսի տեսակը՝ ☐ Քաղաքային ☐ Բջջային
----------------	--

Մշտական բնակության փողոցի հասցեն (Մի մուտքագրեք արձնենտային փոստարկղի հասցեն: Նշում. Անօթևան անձանց համար արձնենտային փոստարկղի հասցեն կարող է համարվել մշտական բնակության հասցեն՝

Փողոցի հասցե՝

Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային ինդեքս՝
--------	---------	------------------

Փոստային հասցե, եթե տարբերվում է ձեր մշտական հասցեից (Թույլատրվում է փոստարկղ)՝

Փողոցի հասցե՝

Քաղաք՝	Նահանգ՝	Փոստային ինդեքս՝
--------	---------	------------------

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 ապահովագրական ծածկույթ՝

Այլ ապահովագրության անվանումը՝

Այս ապահովագրության անդամի համարը՝

Այս ապահովագրության խմբի համարը՝

Բուժապահովագրություն՝

Այլ ապահովագրության անվանումը՝

Այս ապահովագրության անդամի համարը՝

Այս ապահովագրության խմբի համարը՝

Դուք գրանցվա՞ծ եք նահանգային Medicaid (Medi-Cal) ծրագրում ☐ Այո ☐ Ոչ
Եթե այո, նշե՞ք ձեր Medicaid-ի (Medi-Cal-ի) համարը (պարտադիր նշել)՝

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 TotalDual Plan-ն 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 Privacy Act Statement-ը (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 TotalDual Plan-ի ապահովագրությունը սկսվի, ես ստանալու եմ իմ բոլոր բժշկական և դեղատոմսով բաց թողնվող դեղերի նպաստները այդ Blue Shield TotalDual Plan-ից: Blue Shield TotalDual Plan-ի կողմից տրամադրվող նպաստներն ու ծառայությունները, որոնք ներկայացված են Blue Shield TotalDual Plan-ի *Evidence of Coverage*-ում (EOC, Ապահովագիր) (հայտնի է նաև որպես անդամի պայմանագիր կամ բաժանորդի համաձայնագիր), ներառված են լինելու ապահովագրական ծածկույթում: Ո՛չ Medicare-ը, ո՛չ էլ Blue Shield TotalDual Plan-ը չեն վճարելու այն նպաստների կամ ծառայությունների համար, որոնք ապահովագրական ծածկույթում ներառված չեն:
- 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 ինդեքս՝

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 չեմ

- ☐ Այո, մեքսիկացի, մեքսիկացի ամերիկացի, չիկանո եմ
- ☐ Այո, կուբացի եմ
- ☐ **Նախընտրում եմ չպատասխանել:**

Նշեք ձեր ռասայական պատկանելությունը: Ընտրեք բոլոր կիրառելի տարբերակները:

- ☐ Ամերիկյան հնդկացի կամ Ալյասկայի բնիկ Ասիացի
- ☐ Ասիացի հնդիկ
- ☐ Չինացի
- ☐ Ֆիլիպինցի
- ☐ Ճապոնացի
- ☐ Կորեացի
- ☐ Վիետնամցի
- ☐ Այլ ասիացի

- ☐ Սևամորթ կամ աֆրոամերիկացի՝ Հավայան և Խաղաղօվկիանոսյան կղզիների բնիկ
- ☐ Գուամանցի կամ չամորոցի
- ☐ Հավայան կղզիների բնիկ
- ☐ Սամուացի
- ☐ Խաղաղօվկիանոսյան կղզիների այլ բնիկ
- ☐ Սպիտակամորթ
- ☐ **Նախընտրում եմ չպատասխանել:**

Նշեք ձեր գենդերային պատկանելիությունը:

- ☐ Կին
- ☐ Տղամարդ
- ☐ Ոչ բինար

- ☐ Ես այլ տերմին եմ օգտագործում՝ _____
- ☐ **Նախընտրում եմ չպատասխանել:**

Այս տարբերակներից ո՞րն է լավագույնս նկարագրում, թե ինչ պատկերացում ունեք ձեր մասին (ընտրեք մեկը):

- ☐ Լեսբուհի կամ գեյ
- ☐ Հետերոսեքսուալ (ոչ լեսբուհի կամ գեյ)
- ☐ Բիսեքսուալ

- ☐ Ես այլ տերմին եմ օգտագործում՝ _____
- ☐ Չգիտեմ
- ☐ **Նախընտրում եմ չպատասխանել:**

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

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

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

- ☐ Բրայլյան գրատեսակով ☐ Խոշոր տպատառ ☐ Աուդիո դիսկով ☐ Կոմպակտ դիսկով
- 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:

Դուք աշխատում եք ☐ Այո ☐ Ոչ Ձեր ամուսինն աշխատում է ☐ Այո ☐ Ոչ

Նշեք ձեր առաջնային խնամքի բժշկին (PCP), կլինիկան կամ առողջապահական կենտրոնը՝ Բժշկի, կլինիկայի կամ առողջապահական կենտրոնի անվանումը՝

Բժշկի, կլինիկայի կամ առողջապահական կենտրոնի ID համարը՝

Բժշկի, կլինիկայի կամ առողջապահական կենտրոնի խմբի անվանումը՝

Ներկայումս գրանցված պացիենտ եք ☐ Այո ☐ Ոչ

Էլիֆոստի հասցե՝

Բջջային հեռախոսահամար՝

Վերևում նշելով ձեր Էլիֆոստի 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 տեղեկություններ 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:

Ձեր պլանի ապահովագրավճարների վճարում

Դուք կարող եք ամեն ամիս փոստով վճարել ձեր պլանի ամսական ապահովագրավճարը (այդ թվում՝ ուշ գրանցման հետ կապված տույժը, 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 Railroad Retirement Board-ի (RRB) նպաստից ամեն ամիս:**

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

☐ Գումարի ավտոմատ դուրսհանում ձեր սոցիալական ապահովության կամ Railroad Retirement Board-ի (RRB) ամսական նպաստից:

Ես ամսական նպաստներ եմ ստանում այստեղից՝ ☐ Սոցիալական ապահովություն ☐ RRB

(Սոցիալական ապահովության/Railroad Retirement Board-ից գումարի հանումը կարող է տևել երկու կամ ավելի ամիս: Շատ դեպքերում, եթե սոցիալական ապահովության/Railroad Retirement Board խորհուրդը ընդունում է գումարի ավտոմատ դուրսհանման ձեր հայցը, ապա առաջին անգամ ձեր սոցիալական ապահովության/Railroad Retirement Board-ի նպաստից հանված գումարի մեջ կներառվեն այն բոլոր ապահովագրավճարները, որոնք պետք է վճարվեն ձեր գրանցման ուժի մեջ մտնելու օրվանից մինչև պահումների սկիզբը: Եթե սոցիալական ապահովության/Railroad Retirement Board 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:

Այն անձանց համար, ովքեր միայն օգնում են գրանցվողին լրացնել այս ձևը

Լրացրեք այս բաժինը, եթե դուք հանդիսանում եք անձ (օրինակ՝ State Health Insurance Program (SHIP, Բուժապահովագրության աջակցության նահանգային ծրագրի) խորհրդատու, ընտանիքի անդամ կամ այլ երրորդ կողմ), որ օգնում է անդամին լրացնել այս ձևը:

Անուն՝ _____ Գրանցվողի հետ կապը՝ _____
Ստորագրություն՝ _____ ☐ SHIP խորհրդատու ☐ Լիրագործված ներկայացուցիչ
☐ Այլ (երրորդ կողմ) ☐ Անձամբ

Օգնողի/գրող գործակալի մասին տեղեկություններ.

*աստղանիշով նշված են պարտադիր լրացվող դաշտերը:

Նշանակված գործակալության անվանումը՝ _____
(տպատառ նշեք նշանակված գործակալության անվանումը)

Նշանակված գործակալության հարկային ID*՝ _____
(տպատառ նշեք նշանակված գործակալության հարկային ID-ն)

Օգնողի/գրող գործակալի անունը*՝ _____
(տպատառ նշեք օգնողի/գրող գործակալի անունը)

Օգնողի/գրող գործակալի անունը անհատական NPN*՝ _____
(տպատառ նշեք օգնողի/գրող գործակալի անհատական NPN-ն)

Օգնողի/գրող գործակալի հեռախոսահամարը՝ _____

Օգնողի/գրող գործակալի Էլփոստի հասցեն՝ _____

Օգնողի/գրող գործակալի կողմից դիմումի ստացման ամսաթիվը՝ _____

Օգնողի/գրող 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 կանոններին:

Blue Shield of California-ն HMO D-SNP պլան է, որտեղ գործում են Medicare-ի և California State Medicaid Program-ի 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, ինսամփ որակը բարելավելու և Medicare-ի նպաստների վճարումներին հետևելու նպատակով: Social Security Act-ի (Սոցիալական ապահովության մասին օրենքի) 1851-րդ բաժինները և Դաշնային կանոնակարգերի օրենսգրքի (CFR) 42-րդ գլխի §§ 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) մեջ՝ «Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)»-ի 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 ինամքի հաստատություն (օրինակ՝ ծերանոց կամ այլ երկարաժամկետ ինամքի 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 ինամքի 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 եմ Special Needs Plan-ում (SNP, Հատուկ կարիքների պլան), 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 խոշոր աղետի պատճառով (որի մասին հայտարարվել է Federal Emergency Management Agency-ի (FEMA, Արտակարգ իրավիճակների կառավարման դաշնային գործակալություն) կողմից կամ դաշնային, նահանգային կամ տեղական կառավարման մարմնի կողմից): Այստեղ նշված հայտարարություններից մեկը վերաբերում էր ինձ, բայց ես չեմ կարողացել իմ 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 եւ/կամ 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: