

Если вы запрашиваете аннулирование подписки, вы должны продолжать получать все медицинские услуги посредством SFHP Care Plus до наступления даты аннулирования подписки на план. Свяжитесь с нами, чтобы подтвердить аннулирование подписки, прежде чем обращаться за медицинской помощью к поставщикам, не входящим в сеть SFHP Care Plus. Мы сообщим вам о дате завершения действия подписки на план после получения от вас данной формы.

|                        |  |                  |  |                   |  |
|------------------------|--|------------------|--|-------------------|--|
| Фамилия:               |  | Имя:             |  | Средний инициал:  |  |
| Номер участника плана: |  |                  |  |                   |  |
| Дата рождения:         |  | Пол:<br>М      Ж |  | Домашний телефон: |  |

**Внимательно прочтите и заполните следующую информацию, прежде чем ставить подпись и дату на этой форме уведомления о выходе из плана:**

Если я зарегистрировался(-лась) в другом плане Medicare Advantage или плане покрытия стоимости рецептурных препаратов Medicare, я понимаю, что Medicare аннулирует мое текущее членство в плане SFHP Care Plus с даты вступления в силу новой подписки. Я понимаю, что в настоящее время у меня может не получиться оформить подписку на другой страховой план. Я также понимаю, что если я отказываюсь от страхового покрытия стоимости рецептурных препаратов Medicare и захочу оформить такую страховку от Medicare в будущем, мой ежемесячный страховой взнос может быть увеличен.

**Ваша подпись\*:** \_\_\_\_\_ **Дата:** \_\_\_\_\_

\*Или подпись лица, уполномоченного действовать от вашего имени в соответствии с законами штата, где вы проживаете. Если документ подписан уполномоченным лицом (как описано выше), эта подпись удостоверяет, что: 1) в соответствии с законодательством штата, это лицо имеет право аннулировать подписку на страховой план, и 2) документальное подтверждение этих полномочий может быть предоставлено по запросу SFHP Care Plus или Medicare.

Если вы являетесь уполномоченным представителем, вам необходимо предоставить следующую информацию:

**Имя, фамилия:** \_\_\_\_\_

**Адрес:** \_\_\_\_\_

**Номер телефона:** \_\_\_\_\_

**Кем приходиться участнику:** \_\_\_\_\_

**Как правило, вы можете отказаться от участия в плане Medicare Advantage только во время ежегодного периода оформления подписки с 15 октября до 7 декабря или во время Открытого периода регистрации в плане Medicare Advantage ежегодно с 1 января до 31 марта.** Существуют исключения, которые могут дать вам право отказаться от участия в плане Medicare Advantage не только в этот период.

Внимательно прочтите следующие утверждения и поставьте отметку в поле рядом с тем, которое применимо к вам. Ставя отметку в любом из следующих полей, вы подтверждаете, что, насколько вам известно, вы соответствуете критериям периода выбора страхового плана.

Недавно изменился мой статус участника программы Medicaid (впервые стал участником Medicaid, изменился уровень помощи по программе Medicaid или утратил право на участие в программе Medicaid) (вставить дату) \_\_\_\_\_.

Недавно изменился мой статус участника программы дополнительной помощи Extra Help для оплаты страховки на рецептурные препараты по программе Medicare (впервые стал участником программы Extra Help, изменился уровень помощи по программе Extra Help или утратил право на участие в программе Extra Help) (вставить дату) \_\_\_\_\_.

Я планирую переезжать в учреждение долговременного ухода, проживаю в нем или недавно переехал(-а) в такое учреждение (например, в дом престарелых или учреждение долговременного медицинского ухода). Я переехал(-а) в/планирую переезд/выехал(-а) из учреждения (вставить дату) \_\_\_\_\_.

Я планирую стать участником программы PACE (вставить дату) \_\_\_\_\_.

Я планирую оформление страховки от работодателя или профсоюза (вставить дату) \_\_\_\_\_.

Я был участником страхового плана программы Medicare (или моего штата), и я хочу выбрать другой план. Моя подписка на этот план начала действовать (вставить дату) \_\_\_\_\_.

Если ни одно из этих утверждений не относится к вам или вы не уверены, пожалуйста, позвоните в SFHP Care Plus по телефону **1(833) 530-7327** (пользователям ТТТ следует позвонить по номеру **711**), чтобы уточнить, имеете ли вы право на отказ от участия в плане. Мы работаем с 8:00am до 8:00pm без выходных с октября по март, с апреля по сентябрь выходные: суббота и воскресенье.