



Blue Shield of California Medicare Advantage 計劃變更表

Blue Shield of California Medicare Advantage 計劃會員可使用此簡易註冊表，以註冊入保 Blue Shield of California 提供的 Medicare Advantage 計劃。

請將填寫完整的註冊表傳真或郵寄至：

傳真：(877) 251-3660

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

目前，本人是 _____ 計劃的會員，所在區域為 _____，
該計劃月保費為 \$ _____。

請選擇您想加入的計劃：

Blue Shield Inspire (HMO)

- ☐ Alameda/San Mateo 縣
(每月 \$39)
- ☐ Los Angeles/Orange 縣
(每月 \$0)
- ☐ Merced/San Joaquin/Santa Clara
Stanislaus 縣
(每月 \$38)

Blue Shield 65 Plus (HMO)

- ☐ Los Angeles/Orange 縣
(每月 \$0)
- ☐ Kern 縣
(每月 \$0)
- ☐ Riverside 縣
(每月 \$0)
- ☐ San Bernardino 縣
(每月 \$0)
- ☐ San Diego 縣
(每月 \$0)
- ☐ San Luis Obispo/Santa Barbara 縣
(每月 \$54)

Blue Shield 65 Plus Choice Plan (HMO)

- ☐ Riverside/San Bernardino 縣
(每月 \$0)

Blue Shield AdvantageOptimum Plan (HMO)

- ☐ Los Angeles/Orange 縣
(每月 \$0)

Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 (HMO)

- ☐ San Diego 縣
(每月 \$0)

Blue Shield 65 Plus Plan 2 (HMO)

- ☐ Los Angeles/Orange 縣
(每月 \$0)

本人理解，本計劃提供的健康福利不同，且可能需要支付上述月保費。

會員編號：

姓氏：

名字：

中間名首字母
(選填)：

電話號碼：

電話類型：☐ 座機 ☐ 手機

定居地街道地址 (不得填寫郵政信箱。注意：對於無家可歸人士，郵政信箱可能會被視為您的定居地街道地址)：

街道地址：

城市：

州：

郵遞編碼：

如與定居地址不同，郵寄地址 (可填寫郵政信箱)：

街道地址：

城市：

州：

郵遞編碼：

請說明您是否想要參保可選補充 Dental HMO 計劃或 PPO 計劃

☐ 可選補充 Dental HMO 計劃 (每月 \$16) (並非適用於所有計劃/服務區域，請參閱計劃《福利摘要》以瞭解更多資訊。)

牙醫姓名：

提供者 ID 號碼：

如果不選擇一名指定牙醫，將在參保時為您分配一位牙醫。

☐ 可選補充 Dental PPO 計劃 (每月 \$47)

(並非適用於所有計劃/服務區域，請參閱計劃《福利摘要》以瞭解更多資訊。) PPO 計劃無需選擇一名牙醫。

所選主治醫生 (PCP) 或診所姓名/名稱 (僅 HMO)：

本部分的所有字段均為選填字段

您可自行選擇是否回答該等問題。您不會因未填寫該等字段而被拒入保。

您是西班牙裔、拉丁美洲裔或西班牙人嗎？請選擇所有適用的選項。

- | | |
|--|--|
| ☐ 否，既非西班牙裔、拉丁美洲裔或西班牙人 | ☐ 是，墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人 |
| ☐ 是，波多黎各人 | ☐ 是，古巴人 |
| ☐ 是，其他西班牙裔、拉丁美洲裔或西班牙人 | ☐ 本人選擇拒絕回答。 |

種族類別？請選擇所有適用的選項。

- | | |
|---|---|
| ☐ 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 | ☐ 黑人或非洲裔美國人 |
| 亞洲人： | 夏威夷原住民和太平洋島民： |
| ☐ 亞裔印度人 | ☐ 關島人或查莫羅人 |
| ☐ 中國人 | ☐ 夏威夷原住民 |
| ☐ 菲律賓人 | ☐ 薩摩亞人 |
| ☐ 日本人 | ☐ 其他太平洋島民 |
| ☐ 韓國人 | ☐ 白人 |
| ☐ 越南人 | ☐ 本人選擇拒絕回答。 |
| ☐ 其他亞洲人 | |

如果您希望我們以英語以外的語言向您發送資料，請選擇一項。

- ☐ 西班牙語

如果您希望我們向您發送其他無障礙格式的資料，請選擇一項。

- ☐ 盲文版 ☐ 大字印刷版 ☐ 音訊 CD ☐ 數據 CD

如果需要除上述語言之外的其他語言的資料或除上述格式之外的其他無障礙格式的資料，請致電

(800) 776-4466 (TTY: 711) 聯絡 Blue Shield 客戶服務部。服務時間：每週七天，每天上午 8 點至晚上 8 點。

電子郵件地址：

手機號碼：

在上方提供電子郵件地址將自動使您的部分計劃通訊選擇無紙化交付。

您將以電子方式收到許多所需的計劃通訊。當新通訊（例如：福利說明書或年度變更通知）可在線上獲取時，我們將給您發送電子郵件。您可透過電腦、平板電腦或手機等任何設備來存取這些通訊。

- ☐ 我們將向您郵寄所需材料的紙質版本，而不使用無紙化交付。請注意，某些通訊內容非常龐大，可能無法裝入所有郵箱。您可隨時更改交付偏好。

您計劃的保費

您可以每月透過郵寄支付計劃月保費 (包括任何您已經或可能欠繳的未按期參保罰金)。如果您有應付的計劃保費，您將收到每月賬單，其中會載明下筆付款的到期日與金額，或者您也可選擇自動從社會安全署或 Railroad Retirement Board (RRB，鐵路退休局) 支票扣款以支付您的保費。

如欲瞭解您的付款選項，請造訪 blueshieldca.com/medicarewaystopay，或致電客戶服務部，電話：(800) 776-4466 (TTY: 711)。

☐ 從社會安全署或 Railroad Retirement Board (RRB) 的月度福利金支票自動扣款。

本人每月從所示渠道收到福利金：☐ 社會安全署 ☐ RRB

(社會安全署/Railroad Retirement Board 的福利金支票扣款可能需要兩個月或兩個月以上時間才能啟動。在大多數情況下，如果社會安全署/Railroad Retirement Board 同意您的自動扣款申請，首次從社會安全署/Railroad Retirement Board 的福利金支票扣款時扣除的款項包括從註冊生效日期至扣款開始日期之間所有應繳的計劃保費。如果社會安全署/Railroad Retirement Board 不批准您的自動扣款申請，我們將為您開具月度保費的紙質帳單。)

如果您有權獲得 D 部分-與收入相關的月度調整額，您將收到社會安全署的通知。您除支付計劃保費外，還應當負責支付此額外金額。您可以從社會安全署福利金支票中直接扣除此部份金額，也可讓 Medicare 或 Railroad Retirement Board 直接開具帳單。不要向 Blue Shield of California 支付 D 部分-IRMAA 的費用。

收入有限的人可能有資格申請 Extra Help (額外補助)，用於支付處方藥費用。如果您符合條件，Medicare 會為您支付藥費，包括月度處方藥保費、年度自付額、共同保險。此外，符合條件的人無需承擔延遲入保罰金。許多人符合條件可以節省這些費用，但卻不知情。如需獲取與此等 Extra Help 有關的資訊，請聯絡當地社會安全署辦公室，或致電社會安全署，電話：(800) 772-1213。TTY 使用者請撥打 (800) 325-0778。也可線上申請 Extra Help：www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help。

如果您符合條件可獲得 Extra Help 來支付 Medicare 處方藥的保險費用，針對此福利，Medicare 將為您全額或部分支付計劃保費。如果 Medicare 只支付部份保費，我們將就 Medicare 未給付的金額向您開具帳單。

請閱讀以下內容並簽名

Blue Shield of California 是一項與聯邦政府簽約的計劃。

本人理解，如果本人從 Blue Shield Medicare Advantage 計劃僱用或簽約的銷售代理、經紀人或其他個人處獲得協助，此等人員將根據本人參保 Blue Shield Medicare Advantage 計劃的情況獲得報酬。

資訊披露：本人加入此 Medicare 健康計劃即表示本人認可 Medicare 健康計劃會依據治療、付款、醫療保健運作的需要向 Medicare 或其他計劃披露本人的資訊。本人也認可 Blue Shield Medicare Advantage 計劃將向 Medicare 披露本人的資訊，包括本人的處方藥事件數據，其可能會依照適用的聯邦法案和規章披露此等資訊用於研究或其他用途。據本人所知，註冊表所含資訊準確無誤。本人理解，如果本人蓄意在此表中提供虛假資訊，本人將被相關計劃退保。本人理解，參保 Medicare 的人在美國境外不享受 Medicare 承保（美國國境附近地區享受有限承保）。

本人理解，自 Blue Shield Medicare Advantage 計劃保險生效之日起計劃，除急救、緊急服務、服務區外透析服務外，本人必須從 Blue Shield Medicare Advantage 計劃處獲得所有醫療保健。Blue Shield Medicare Advantage 計劃授權的服務以及 Blue Shield Medicare Advantage 計劃 *Evidence of Coverage* (EOC, 承保範圍說明書) 文件（又稱為會員合約或投保人協議）所載其他服務將獲得承保。對於未經授權的服務，**不論是 MEDICARE 還是 BLUE SHIELD MEDICARE ADVANTAGE 計劃都不會給付費用。**

本人理解，本人若在此申請表上簽名（或在本人居住地依照州法律受託代表本人的人在此申請表上簽名），即表示本人已經閱讀並理解此申請表的內容。若由（如上所述的）受託人簽名，則此等簽名保證：1) 此人已經依照州法律受託完成此註冊，且 2) 在 Medicare 索要時可以出具相關的委託證明文件。

簽名：

當前日期(月/日/年)：

如果您是受託代表，您必須在上頁簽名並提供以下資訊：

姓名：

地址：

城市

州

郵遞區號

電話號碼：

與參保人的關係：

僅限幫助參保人填寫此表的人士

如果您是幫助參保人填寫此表的人士（即 State Health Insurance Program (SHIP, 州健康保險計劃) 顧問、家庭成員或其他第三方），請填寫此部分。

姓名：_____ 與參保人的關係：

簽名：_____ ☐ SHIP 顧問 ☐ 其他（第三方）

☐ 授權代表
☐ 本人

業務員/簽單代理人資訊：

*表示必填字段

指定機構名稱：_____
(請以正楷填寫指定機構的名稱)

指定機構的納稅識別號*：_____
(請以正楷填寫指定機構的納稅識別號)

業務員/簽單代理人姓名*：_____
(請以正楷填寫業務員/簽單代理人姓名)

業務員/簽單代理人的個人 NPN*：_____
(請以正楷填寫業務員/簽單代理人的個人 NPN)

業務員/簽單代理人電話號碼：_____

業務員/簽單代理人的電子郵件地址：_____

業務員/簽單代理人收到申請書的日期(月/日/年)：_____

業務員/簽單代理人簽名：_____

本人特此簽名確認本人已經閱讀並理解 CMS Medicare 通訊與營銷指南和參保規則，確認參保人收到完整的註冊套件。本人確認本人代表 Blue Shield of California 進行的此等 Medicare 受益人參保符合上述規則。

Blue Shield of California 是一個與 Medicare 簽訂合約以及與 California State Medicaid Program 簽約的 HMO 和 HMO D-SNP 計劃。參保 Blue Shield of California 視該合約的續約情況而定。