



Biểu mẫu Thay đổi Chương trình Blue Shield of California Medicare Advantage

Các thành viên hiện hữu của Chương trình Blue Shield of California Medicare Advantage có thể sử dụng biểu mẫu đăng ký này để ghi danh vào Chương trình Medicare Advantage do Blue Shield of California cung cấp.

Vui lòng fax hoặc gửi đơn đăng ký đã điền đủ thông tin của quý vị đến:

Fax: (877) 251-3660

Gửi thư: Blue Shield of California, PO Box 948, Woodland Hills, CA 91365-9856

Tôi hiện là thành viên của chương trình _____ ở _____
với phí bảo hiểm hàng tháng là \$ _____.

Chọn chương trình quý vị muốn tham gia:

Blue Shield Inspire (HMO)

- Quận Alameda/San Mateo (\$18.50 mỗi tháng)
- Quận Los Angeles/Orange (\$0 mỗi tháng)
- Quận Merced/San Joaquin/Santa Clara/Stanislaus (\$22 mỗi tháng)

Blue Shield 65 Plus (HMO)

- Quận Los Angeles/Orange (\$0 mỗi tháng)
- Quận Kern (\$0 mỗi tháng)
- Quận Riverside (\$0 mỗi tháng)
- Quận San Bernardino (\$0 mỗi tháng)
- Quận San Diego (\$0 mỗi tháng)
- Quận San Luis Obispo/Santa Barbara (\$52.50 mỗi tháng)

Blue Shield 65 Plus Choice Plan (HMO)

- Quận Riverside/San Bernardino (\$0 mỗi tháng)

Blue Shield Enhanced (HMO)

- Quận Los Angeles/Orange (\$45.50 mỗi tháng)

Blue Shield AdvantageOptimum Plan (HMO)

- Quận Los Angeles/Orange (\$0 mỗi tháng)

Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1 (HMO)

- Quận San Diego (\$0 mỗi tháng)

Blue Shield 65 Plus Plan 2 (HMO)

- Quận Los Angeles/Orange (\$0 mỗi tháng)

Blue Shield Inspire (HMO D-SNP)

- Quận Merced/San Joaquin/Stanislaus (\$0 mỗi tháng)

Tôi hiểu rằng chương trình này có các quyền lợi sức khỏe khác nhau và có thể sẽ có phí bảo hiểm hàng tháng như đã nói ở trên.

Blue Shield Inspire (HMO) tại các quận Alameda, Merced, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara và Stanislaus; và Blue Shield Inspire (HMO D-SNP) tại các quận Merced, San Joaquin và Stanislaus đi kèm một hoặc nhiều Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill (SSBCI, Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt dành cho Người Mắc Bệnh Mạn Tính). SSBCI là một phần của các quyền lợi bổ sung đặc biệt có trong các chương trình nhất định. Không phải thành viên nào trong chương trình cũng sẽ đủ điều kiện. Vui lòng tham khảo Chứng Từ Bảo Hiểm để biết chi tiết và các yêu cầu về tư cách đủ điều kiện. Để đủ điều kiện nhận từng quyền lợi SSBCI, quý vị phải mắc ít nhất một trong những bệnh trạng mạn tính đủ điều kiện bắt buộc, trong đó những yêu cầu về bệnh trạng có thể thay đổi tùy theo chương trình. Vui lòng tham khảo biểu mẫu "Attestation for Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill (SSBCI)" (Chứng Thực Quyền Lợi Bổ Sung Đặc Biệt dành cho Người Mắc Bệnh Mạn Tính (SSBCI)) kẹp trong bộ hồ sơ đăng ký, được đăng tải trực tuyến hoặc liên hệ với bộ phận Dịch Vụ Khách Hàng theo số **(800) 776-4466 (TTY: 711)** để lấy bản sao.

Mã số Thành viên:**Họ:****Tên:****Chữ cái đầu tên
đệm (tùy chọn):****Số điện thoại :****Loại Điện thoại:** Cố định Di động**Địa chỉ Đường phố Thường trú:** (Không nhập Hộp thư bưu điện)

Địa chỉ Đường phố

Thành phố

Tiểu bang

Mã ZIP

Địa chỉ gửi thư, nếu khác với địa chỉ thường trú của quý vị (cho phép Hộp thư bưu điện):

Địa chỉ Đường phố

Thành phố

Tiểu bang

Mã ZIP

**Vui lòng cho biết nếu quý vị muốn đăng ký tham gia chương trình Dental HMO hoặc PPO
Bổ sung Tùy chọn** Chương trình Dental HMO Bổ sung Tùy chọn (\$15.00 mỗi tháng) (chỉ có trong một số chương trình/
khu vực dịch vụ; hãy tham khảo Bản Tóm Tắt Quyền Lợi của chương trình để biết thêm thông tin.)

Tên của Nha sĩ

Số ID nhà cung cấp

Nếu quý vị không chọn nha sĩ, quý vị sẽ được chỉ định một nha sĩ tại thời điểm đăng ký.

 Chương trình Dental PPO Bổ sung Tùy chọn (\$45.00 mỗi tháng)(chỉ có trong một số chương trình/khu vực dịch vụ; hãy tham khảo Bản Tóm Tắt Quyền Lợi
của chương trình để biết thêm thông tin.) Không cần lựa chọn nha sĩ cho chương trình PPO.**Tên của Bác sĩ chăm sóc chính (PCP) hoặc phòng khám được chọn (chỉ dành cho HMO):**

Quý vị tùy ý lựa chọn trả lời hoặc không trả lời những câu hỏi này. Quý vị sẽ không bị từ chối bảo hiểm nếu không điền các thông tin tại đó.

Quý vị có phải là người Mỹ gốc Tây Ban Nha, người La-tinh hay người Tây Ban Nha không? Vui lòng chọn tất cả các câu trả lời phù hợp.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Không, không phải người Mỹ gốc Tây Ban Nha, người La-tinh hoặc người Tây Ban Nha | <input type="checkbox"/> Có, người Mexico, người Mỹ gốc Mexico |
| <input type="checkbox"/> Có, là người Puerto Rico | <input type="checkbox"/> Có, là người Cuba |
| <input type="checkbox"/> Có, người Mỹ gốc Tây Ban Nha, người La-tinh, hoặc người Tây Ban Nha khác | |
| <input type="checkbox"/> Tôi chọn không trả lời. | |
-

Chủng tộc của quý vị là gì? Vui lòng chọn tất cả các câu trả lời phù hợp.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Thổ dân Mỹ Da đỏ hoặc Thổ dân Alaska | <input type="checkbox"/> Người Da đen hoặc Mỹ gốc Phi |
| Châu Á: | Người Hawaii bản địa và người đảo Thái Bình Dương: |
| <input type="checkbox"/> Ấn Độ châu Á | <input type="checkbox"/> Guam hoặc Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Trung Quốc | <input type="checkbox"/> Hawaii bản địa |
| <input type="checkbox"/> Philippines | <input type="checkbox"/> Samoa |
| <input type="checkbox"/> Nhật | <input type="checkbox"/> Người đảo Thái Bình Dương khác |
| <input type="checkbox"/> Hàn Quốc | <input type="checkbox"/> Người Da Trắng |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Việt | <input type="checkbox"/> Tôi chọn không trả lời. |
| <input type="checkbox"/> Châu Á khác | |
-

Chọn một mục nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh.

- Tiếng Tây Ban Nha
-

Chọn một mục nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị ở định dạng có thể truy cập được.

- Chữ nổi Bản in khổ lớn CD âm thanh

Vui lòng liên hệ bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield theo số **(800) 776-4466 (TTY: 711)** nếu quý vị cần thông tin ở định dạng có thể truy cập hoặc ngôn ngữ khác với những ngôn ngữ được liệt kê ở trên. Giờ làm việc của chúng tôi là từ 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày trong tuần.

Số điện thoại di động:

Địa chỉ email:

Việc cung cấp địa chỉ email của quý vị ở trên sẽ tự động đăng ký cho quý vị dịch vụ chuyển phát không cần giấy tờ cho một số thông tin liên lạc trong chương trình của quý vị.

Quý vị sẽ nhận được nhiều thông tin liên lạc bắt buộc thuộc chương trình được gửi bằng phương thức điện tử. Chúng tôi sẽ gửi email cho quý vị khi có thư từ liên lạc mới (ví dụ: Giải thích về Quyền lợi hoặc Thông báo Thay đổi Hàng năm) có sẵn trực tuyến. Quý vị có thể truy cập các thông tin này thông qua bất kỳ thiết bị nào như máy tính, máy tính bảng hoặc điện thoại di động.

- Thay vì gửi ở dạng điện tử, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị bản cứng của các tài liệu bắt buộc. Xin lưu ý rằng một số thông tin liên lạc rất lớn và có thể không vừa với một số hộp thư. Quý vị có thể thay đổi tùy chọn giao tài liệu bất kỳ lúc nào.
-

Thanh toán Phí bảo hiểm của Quý vị

Quý vị có thể thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng của mình (bao gồm cả mọi khoản phạt đăng ký trễ mà quý vị nợ) qua thư mỗi tháng. Nếu chương trình của quý vị có phí bảo hiểm đến hạn, quý vị sẽ nhận được hóa đơn hàng tháng bao gồm số tiền và ngày đến hạn thanh toán tiếp theo hoặc quý vị có thể chọn thanh toán phí bảo hiểm của mình bằng cách cho khấu trừ tự động từ tiền An Sinh Xã Hội hoặc phúc lợi Railroad Retirement Board (RRB, Hội đồng Hưu trí Đường sắt) mỗi tháng.

Để tìm hiểu thêm về các tùy chọn thanh toán, hãy truy cập blueshieldca.com/medicarewaystopay hoặc gọi tới bộ phận Dịch vụ Khách hàng theo số **(800) 776-4466 (TTY: 711)**.

Tự động khấu trừ từ séc quyền lợi An Sinh Xã Hội hoặc Railroad Retirement Board (RRB) hàng tháng của quý vị.

Tôi nhận được các quyền lợi hàng tháng từ: An Ninh Xã Hội RRB

(Việc khấu trừ từ tiền An Sinh Xã Hội/Railroad Retirement Board có thể mất hai tháng trở lên để bắt đầu. Trong hầu hết các trường hợp, nếu Sở An sinh Xã hội/Railroad Retirement Board chấp nhận yêu cầu khấu trừ tự động của quý vị, lần khấu trừ đầu tiên từ tiền An Sinh Xã Hội/ séc phúc lợi Railroad Retirement Board của quý vị sẽ bao gồm tất cả các khoản phí bảo hiểm đến hạn từ ngày đăng ký của quý vị có hiệu lực cho đến thời điểm bắt đầu khấu trừ. Nếu Sở An Sinh Xã Hội/Railroad Retirement Board không chấp thuận yêu cầu khấu trừ tự động của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị hóa đơn giấy về phí bảo hiểm hàng tháng.)

Nếu quý vị được định mức là Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập Phần D, quý vị sẽ được Cơ quan An sinh Xã hội thông báo. Quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán thêm số tiền này ngoài phí bảo hiểm của chương trình. Quý vị sẽ bị khấu trừ luôn số tiền từ séc trợ cấp An sinh Xã hội của mình, hoặc được Medicare hoặc Railroad Retirement Board thanh toán trực tiếp.

KHÔNG thanh toán Phần D-IRMAA cho Blue Shield of California.

Những người có thu nhập hạn chế có thể đủ điều kiện để được trợ giúp thêm để thanh toán chi phí thuốc theo toa của họ. Nếu quý vị đủ điều kiện, Medicare có thể thanh toán 75% hoặc hơn cho chi phí thuốc của quý vị, bao gồm phí bảo hiểm thuốc theo toa hàng tháng, khoản khấu trừ hàng năm và đồng bảo hiểm. Ngoài ra, những người đủ điều kiện sẽ không có khoảng cách bảo hiểm hoặc bị phạt vì đăng ký trễ. Nhiều người đủ điều kiện nhận những khoản tiết kiệm này và thậm chí không biết về điều đó. Để biết thêm thông tin về phần trợ giúp thêm này, hãy liên hệ với văn phòng An sinh Xã hội địa phương của quý vị hoặc gọi cho Sở An sinh Xã hội theo số **(800) 772-1213**. Người dùng TTY vui lòng gọi **(800) 325-0778**. Quý vị cũng có thể đăng ký để được trợ giúp thêm trực tuyến tại www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Nếu quý vị đủ điều kiện để được trợ giúp thêm về chi phí bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare, Medicare sẽ thanh toán toàn bộ hoặc một phần phí bảo hiểm cho chương trình của quý vị. Nếu Medicare chỉ trả một phần phí bảo hiểm này, chúng tôi sẽ lập hóa đơn cho quý vị số tiền mà Medicare không đài thọ.

Vui lòng Đọc và Ký tên bên dưới

Blue Shield of California là chương trình có hợp đồng với chính phủ Liên bang.

Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận được sự hỗ trợ từ một đại lý bán hàng, người môi giới hoặc cá nhân khác được thuê hoặc ký hợp đồng với Blue Shield of California, họ có thể được trả tiền dựa trên việc tôi đăng ký ghi danh vào Blue Shield of California.

Tiết lộ thông tin: Bằng cách tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare này, tôi xác nhận rằng chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare sẽ tiết lộ thông tin của tôi cho Medicare và các chương trình khác khi cần thiết cho các hoạt động điều trị, thanh toán và chăm sóc sức khỏe. Tôi cũng xác nhận rằng Blue Shield of California sẽ tiết lộ thông tin của tôi, bao gồm cả dữ liệu sự kiện thuốc theo toa của tôi, cho Medicare, Medicare có thể tiết lộ thông tin đó cho mục đích nghiên cứu và các mục đích khác tuân theo tất cả các luật và quy định hiện hành của Liên bang. Thông tin trong biểu mẫu đăng ký này là chính xác theo hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai trong biểu mẫu này, tôi sẽ bị hủy đăng ký khỏi chương trình. Tôi hiểu rằng những người có Medicare không được Medicare chi trả khi ở nước ngoài, ngoại trừ trường hợp được bảo hiểm hạn chế gần biên giới Hoa Kỳ.

Tôi hiểu rằng kể từ ngày bảo hiểm Blue Shield Medicare Advantage HMO Plan bắt đầu, tôi phải nhận được tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình từ Blue Shield of California, ngoại trừ các dịch vụ cấp cứu hoặc khẩn cấp hoặc các dịch vụ lọc máu ngoài khu vực.

Tôi hiểu rằng kể từ ngày bảo hiểm Blue Shield Medicare Advantage PPO Plan của tôi bắt đầu, việc sử dụng các dịch vụ trong mạng lưới có thể có chi phí thấp hơn so với việc sử dụng các dịch vụ ngoài mạng lưới, ngoại trừ các dịch vụ cấp cứu hoặc khẩn cấp hoặc các dịch vụ lọc máu ngoài khu vực. Nếu cần thiết về mặt y tế, Blue Shield of California sẽ hoàn lại tiền cho tất cả các quyền lợi được đài thọ, ngay cả khi tôi nhận các dịch vụ ngoài mạng lưới.

Các dịch vụ được ủy quyền bởi Blue Shield of California và các dịch vụ khác có ghi trong tài liệu *Chứng Từ Bảo Hiểm* Blue Shield of California của tôi (còn được gọi là hợp đồng thành viên hoặc thỏa thuận người đăng ký) sẽ được bảo hiểm. Nếu không có ủy quyền, **CẢ MEDICARE VÀ BLUE SHIELD OF CALIFORNIA SẼ KHÔNG THANH TOÁN CHO CÁC DỊCH VỤ.**

Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền thay mặt tôi theo pháp luật của Tiểu bang nơi tôi sống) trên đơn đăng ký này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn đăng ký này. 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 đăng ký này và 2) tài liệu về ủy quyền này sẽ được cung cấp theo yêu cầu từ Medicare.

Chữ ký:	Ngày hôm nay (THÁNG/NGÀY/NĂM):
----------------	---------------------------------------

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, quý vị phải ký tên ở trang trước và cung cấp thông tin sau:

Tên: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố _____

Tiểu bang _____

Mã ZIP _____

Số điện thoại: _____

Mối quan hệ với Người đăng ký: _____

Thông tin đại lý cấp cao: Phải có tên và ID hoặc National Producer Number (NPN, Mã số Đại lý Cấp cao Quốc gia) của đại lý cấp cao.

Tên của Đại lý: _____
(vui lòng viết in hoa tên đại lý được chỉ định)

Số ID Đại lý: _____
(vui lòng viết in hoa mã số thuế của đại lý)

Tên của đại lý cấp cao (đại lý bảo hiểm) (bắt buộc): _____
(vui lòng viết in hoa tên đại lý)

Số ID đại lý cấp cao _____
(vui lòng viết in hoa mã số thuế của đại lý)

Đại lý cấp cao (đại lý bảo hiểm) NPN hoặc Tax Identification Number (TIN, Mã số thuế)
(phải có một): _____
(vui lòng viết in hoa số NPN hoặc TIN)

Số điện thoại của đại lý cấp cao: _____

Địa chỉ email của đại lý cấp cao: _____

Ngày đại lý cấp cao nhận được đơn đăng ký (THÁNG/NGÀY/NĂM): _____

Chữ ký của đại lý cấp cao: _____

Với chữ ký của tôi, bằng văn bản này tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu các Nguyên tắc Tiếp thị và Truyền thông và thể lệ Đăng ký Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, Văn phòng Trung tâm Thành phố) Medicare và xác nhận rằng người đăng ký đã nhận được bộ tài liệu đăng ký đầy đủ. Tôi đồng ý rằng sự đăng ký này của một người thụ hưởng Medicare, thay mặt cho Blue Shield of California, tuân thủ những quy tắc này.

Blue Shield of California là một chương trình HMO và HMO D-SNP với hợp đồng Medicare và hợp đồng với California State Medicaid Program (Chương Trình Medicaid của Tiểu Bang California). Quá trình đăng ký Blue Shield of California phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.