



Blue Shield of California Medicare Advantage 计划变更表

Blue Shield of California Medicare Advantage 计划会员可使用此简易注册表, 以注册入保 Blue Shield of California 提供的 Medicare Advantage 计划。

请将填写完整的注册表传真或邮寄至:

传真: (877) 251-3660

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

目前, 本人是 _____ 计划的会员, 所在区域为 _____, 该计划月保费为 \$ _____。

请选择您想加入的计划:

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Los Angeles/San Diego 县
(每月 \$0)

本人理解, 本计划提供的健康福利不同, 且可能需要支付上述月保费。

会员编号:

姓氏:	名字:	中间名首字母 (选填):
------------	------------	-------------------------

电话号码:	电话类型: <input type="checkbox"/> 座机 <input type="checkbox"/> 手机
--------------	--

定居地街道地址 (不得填写邮政信箱。注意: 对于无家可归人士, 邮政信箱可能会被视为您的定居地街道地址。):

街道地址:

城市:	州:	邮政编码:
-----	----	-------

如与定居地址不同, 邮件地址 (可填写邮政信箱):

街道地址:

城市:	州:	邮政编码:
-----	----	-------

所选主治医生 (PCP) 或诊所姓名/名称 (仅 HMO):

第 2 部分 – 本部分的所有字段均为选填字段

您可自行选择是否回答该等问题。您不会因未填写该等字段而被拒入保。

您是西班牙裔、拉丁美洲裔或西班牙人吗? 请选择所有适用的选项。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 否, 既非西班牙裔、拉丁美洲裔或西班牙人 | <input type="checkbox"/> 是, 墨西哥人、墨西哥裔美国人、奇卡诺人 |
| <input type="checkbox"/> 是, 波多黎各人 | <input type="checkbox"/> 是, 古巴人 |
| <input type="checkbox"/> 是, 其他西班牙裔、拉丁美洲裔或西班牙人 | <input type="checkbox"/> 本人选择拒绝回答。 |

种族类别? 请选择所有适用的选项。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 | <input type="checkbox"/> 黑人或非洲裔美国人 |
| 亚洲人: | 夏威夷原住民和太平洋岛民: |
| <input type="checkbox"/> 亚裔印度人 | <input type="checkbox"/> 关岛人或查莫罗人 |
| <input type="checkbox"/> 中国人 | <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民 |
| <input type="checkbox"/> 菲律宾人 | <input type="checkbox"/> 萨摩亚人 |
| <input type="checkbox"/> 日本人 | <input type="checkbox"/> 其他太平洋岛民 |
| <input type="checkbox"/> 韩国人 | <input type="checkbox"/> 白人 |
| <input type="checkbox"/> 越南人 | <input type="checkbox"/> 本人选择拒绝回答。 |
| <input type="checkbox"/> 其他亚洲人 | |

您的性别是?

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 本人使用不同的词: _____ |
| <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 本人选择拒绝回答 |
| <input type="checkbox"/> 非二元性别者 | |

下列哪一项最能代表您对自己的看法? (选择一项)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 女同性恋或男同性恋 | <input type="checkbox"/> 本人使用不同的词: _____ |
| <input type="checkbox"/> 异性恋, 即不是男同性恋或女同性恋 | <input type="checkbox"/> 不知道 |
| <input type="checkbox"/> 双性恋 | <input type="checkbox"/> 本人选择拒绝回答 |

如果您希望我们以英语以外的语言向您发送资料, 请选择一项。

- 西班牙语

如果您希望我们向您发送其他无障碍格式的资料, 请选择一项。

- 盲文版 大字印刷版 音讯 CD 数据 CD

如果需要除上述格式之外的其他无障碍格式的资料, 请致电 (800) 452-4413 (TTY: 711) 联系客户服务部。服务时间: 每周七天, 每天上午 8 点至晚上 8 点。

电子邮件地址:

手机号码:

在上方提供电子邮件地址将自动使您的部分计划通讯选择无纸化交付。

您将以电子方式收到许多所需的计划通讯。当新通讯 (例如: 福利说明书或年度变更通知) 可在在线获取时, 我们将给您发送电子邮件。您可通过电脑、平板电脑或手机等任何设备来存取这些通讯。

我们将向您邮寄所需材料的纸质版本, 而不使用无纸化交付。请注意, 某些通讯内容非常庞大, 可能无法装入所有邮箱。您可随时更改交付偏好。

您计划的保费

您可以每月通过邮寄支付计划月保费（包括任何您已经或可能欠缴的未按期参保罚金）。如果您有应付的计划保费，您将收到每月账单，其中会载明下笔付款的到期日与金额，或者您也可选择自动从社会安全署或 Railroad Retirement Board (RRB, 铁路退休局) 支票扣款以支付您的保费。

如欲了解您的付款选项，请访问 blueshieldca.com/medicarewaystopay，或致电客户服务部，电话：(800) 452-4413 (TTY: 711)。

从社会安全署或 Railroad Retirement Board (RRB) 的月度福利金支票自动扣款。

本人每月从所示渠道收到福利金： 社会安全署 RRB

（社会安全署/Railroad Retirement Board 的福利金支票扣款可能需要两个月或两个月以上时间才能启动。在大多数情况下，如果社会安全署/Railroad Retirement Board 同意您的自动扣款申请，首次从社会安全署/Railroad Retirement Board 的福利金支票扣款时扣除的款项包括从注册生效日期至扣款开始日期之间所有应缴的计划保费。如果社会安全署/Railroad Retirement Board 不批准您的自动扣款申请，我们将为您开具月度保费的纸质账单。）

如果您有权获得 D 部分-与收入相关的月度调整额，您将收到社会安全署的通知。您除支付计划保费外，还应当负责支付此额外金额。您可以从社会安全署福利金支票中直接扣除此部分金额，也可让 Medicare 或 Railroad Retirement Board 直接开具账单。不要向 Blue Shield of California 支付 D 部分-IRMAA 的费用。

收入有限的人可能有资格申请 Extra Help (额外补助)，用于支付处方药费用。如果您符合条件，Medicare 会为您支付药费，包括月度处方药保费、年度自付额、共同保险。此外，符合条件的人无需承担延迟入保罚金。许多人符合条件可以节省这些费用，但却不知情。如需获取与此等 Extra Help 有关的信息，请联系当地社会安全署办公室，或致电社会安全署，电话：(800) 772-1213。TTY 使用者请拨打 (800) 325-0778。也可在线申请 Extra Help：www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help。

如果您符合条件可获得 Extra Help 来支付 Medicare 处方药的保险费用，针对此福利，Medicare 将为您全额或部分支付计划保费。如果 Medicare 只支付部分保费，我们将就 Medicare 未给付的金额向您开具账单。

请阅读以下内容并签名

Blue Shield of California 是一项与联邦政府签约的计划。

本人理解, 如果本人从 Blue Shield TotalDual Plan 雇用或签约的销售代理、经纪人或其他个人处获得协助, 此等人员将根据本人参保 Blue Shield TotalDual Plan 的情况获得报酬。

信息披露: 本人加入此 Medicare 健康计划即表示本人认可 Medicare 健康计划会依据治疗、付款、医疗保健运作的需要向 Medicare 或其他计划披露本人的信息。本人也认可 Blue Shield TotalDual Plan 将向 Medicare 披露本人的信息, 包括本人的处方药事件数据, 其可能会依照适用的联邦法案和规章披露此等信息用于研究或其他用途。据本人所知, 注册表所含信息准确无误。本人理解, 如果本人蓄意在此表中提供虚假信息, 本人将被相关计划退保。本人理解, 参保 Medicare 的人在美国境外不享受 Medicare 承保 (美国国境附近地区享受有限承保)。

本人理解, 自 Blue Shield TotalDual Plan 保险生效之日起计划, 除急救、紧急服务、服务区外透析服务外, 本人必须从 Blue Shield TotalDual Plan 处获得所有医疗保健。Blue Shield TotalDual Plan 授权的服务以及 Blue Shield TotalDual Plan *Evidence of Coverage* (EOC, 承保范围说明书) 文件 (又称为会员合约或投保人协议) 所载其他服务将获得承保。对于未经授权的服务, **不论是 MEDICARE 还是 BLUE SHIELD TOTALDUAL PLAN 都不会给付费用。**

本人理解, 本人若在此申请表上签名 (或在本人居住地依照州法律受托代表本人的人在此申请表上签名), 即表示本人已经阅读并理解此申请表的内容。若由 (如上所述的) 受托人签名, 则此等签名保证: 1) 此人已经依照州法律受托完成此注册, 且 2) 在 Medicare 索要时可以出具相关的委托证明文件。

签名:

当前日期(月/日/年):

如果您是受托代表,您必须在上页签名并提供以下信息:

姓名:

地址:

城市:

州: 邮政编码:

电话号码:

与参保人的关系:

仅限帮助参保人填写此表的人士

如果您是帮助参保人填写此表的人士(即 State Health Insurance Program (SHIP, 州健康保险援助计划) 顾问、家庭成员或其他第三方),请填写此部分。

姓名: _____ 与参保人的关系:
 SHIP 顾问 受托代表
签名: _____ 其他(第三方) 本人

业务员/签单代理人信息:

*表示必填字段

指定机构名称: _____
(请以正楷填写指定机构的名称)

指定机构的纳税识别号*: _____
(请以正楷填写指定机构的纳税识别号)

业务员/签单代理人姓名*: _____
(请以正楷填写业务员/签单代理人姓名)

业务员/签单代理人的个人 NPN*: _____
(请以正楷填写业务员/签单代理人的个人 NPN)

业务员/签单代理人电话号码: _____

业务员/签单代理人的电子邮件地址: _____

业务员/签单代理人收到申请书的日期(月/日/年): _____

业务员/签单代理人签名: _____

本人特此签名确认本人已经阅读并理解 CMS Medicare 通讯与营销指南和参保规则,确认参保人收到完整的注册套件。本人确认本人代表 Blue Shield of California 进行的此等 Medicare 受益人参保符合上述规则。

Blue Shield of California 是一项与 Medicare 签订合约以及与 California State Medicaid Program 签约的 HMO D-SNP 计划。参保 Blue Shield of California 视该合约的续约情况而定。