

## 2024 年个人入保申请表

### 谁可以使用此表格？

拥有 Medicare 且想要加入 Medicare Advantage 计划的人士

### 要加入计划，您必须：

- 成为美国公民或在美国合法居住
- 居住在计划的服务区域内

**重要信息：**要加入 Medicare Advantage 计划，您还必须同时具备以下两个条件：

- Medicare A 部分 (医院保险)
- Medicare B 部分 (医疗保险)

### 什么时候使用这个表格？

您可选择以下时段加入计划：

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日之间 (适用于从 1 月 1 日开始的承保)
- 首次获得 Medicare 后 3 个月内
- 在某些情况下，允许您加入或调整计划

请访问 Medicare.gov 以了解更多关于何时可以注册计划的信息。

### 填写这张表格需要什么？

- 您的 Medicare 编号 (红、白、蓝 Medicare 卡上的编号)
- 您的永久地址和电话号码

**注意：**您必须完成第 1 部分的所有项目。第 2 部分的项目是可选项——不能因为不填写而被拒绝保险。

### 提醒：

- 如果您想在秋季开放入保期加入一个计划 (10 月 15 日至 12 月 7 日)，该计划必须在 12 月 7 日之前收到您填妥的表格。

- 您的计划将向您发送一份计划保费账单。您可以选择注册从您的银行账户或每月的社会安全 (或铁路退休委员会) 福利中扣除您的保费。

### 后续步骤是什么？

将填妥并签署的表格电邮、邮寄或传真至：

**电子邮件：** WHMembership@blueshieldca.com

**邮件：** Blue Shield of California  
PO Box 948  
Woodland Hills, CA 91365-9856

**传真：** (877) 251-3660

在他们处理完您的加入请求后，他们会与您联系。

### 本人如何获取关于这个表格的帮助？

致电您的授权代理人或您的 Blue Shield 代表，电话号码：**(888) 534-4263**。TTY 使用者可拨打 **711**。或者，请致电 Medicare，电话号码：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者请拨打 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 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

### 无家可归者

- 如果您想参加计划但没有永久住址，那么邮政信箱、收容所或诊所的地址，或者您接收邮件的地址 (例如社会安全支票) 可能被视为您的永久居住地址。

根据 Paperwork Reduction Act of 1995 (《1995 年减少文书工作法》)，除非信息收集注明有效 Office of Management and Budget (OMB, 管理和预算办公室) 控制编号，否则任何人无需对此作出回应。本次信息收集的有效 OMB 控制编号为 0938-1378。完成本次信息所需的时间，预估为每次回应平均需要 20 分钟，其中包括查看说明、搜寻现有数据资源以及收集所需数据、填写与审阅信息收集所需的时间。如果您对时间预估的准确性任何意见或有关于改进此表格的建议，请致函：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

### 重要信息

请不要将此表格或任何包含个人信息的事项 (如索赔、付款、医疗记录等) 发送至 PRA 报告清查办公室。任何与如何改进此表格或其收集负担 (在 OMB 0938-1378 中有概述) 无关的事项将被销毁。这将被保留、审查或转发给计划。请参阅本页面上的“后续步骤是什么？”以便将填妥的表格发送至该计划。

## 第 1 部分 – 本部分的所有字段均必填 (除非标记为选填项)

选择您想要加入的计划:

**Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)**

Los Angeles/San Diego 县  
(每个月 \$0)

姓氏:	名字:	中间名首字母简签: (可选)
出生日期 (月/日/年):	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
电话号码:	电话类型: <input type="checkbox"/> 固定电话 <input type="checkbox"/> 手机	

**永久居住街道地址:** (不要输入邮政信箱)

街道地址:

城市: 州: 邮政编码:

**邮件地址 (如果与永久地址不同):** (允许填写邮政信箱)

街道地址:

城市: 州: 邮政编码:

**您 Medicare 信息:**

Medicare 编号:

**回答以下重要问题:**

除了 Blue Shield TotalDual Plan 之外, 您还有其他处方药承保 (例如 VA、TRICARE) 吗?

是  否

**处方药承保重要信息**

其他保险名称:

本保险会员编号:

本保险团体编号:

**医疗保险:**

其他保险名称:

本保险会员编号:

本保险团体编号:

您是否入保您所在州的 Medicaid (Medi-Cal) 计划?  是  否

如果是, 请提供您的 Medicaid (Medi-Cal) 编号

**重要信息: 请阅读并在下方签字:**

- 本人必须同时保留医院 (A 部分) 和医疗 (B 部分) 才能保留在 Blue Shield TotalDual Plan 中。
- 通过加入 Medicare Advantage 计划, 本人承认 Blue Shield Medicare Advantage 计划将与 Medicare 共享本人的信息, 其可能会用这些信息来跟踪本人的入保, 进行支付, 并且根据联邦法律允许收集这些信息的其他目的 (请参阅下方的《隐私法声明》)。您对此表格的作答是自愿行为。然而, 未能作答可能会影响该计划的入保。
- 本人理解, 本人本人单次仅能入保一个 MA 计划, 并且参加这个计划将自动终止本人入保其他 MA 计划的资格 (MA PFFS、MA MSA 计划有例外情况)。
- 本人理解, 当本人的 Blue Shield Medicare Advantage 计划开始生效时, 本人必须从该 Blue Shield Medicare Advantage 计划中获得所有的医疗和处方药福利。本人的 Blue Shield Medicare Advantage 计划提供的以及 Blue Shield Medicare Advantage 计划《承保范围说明书》(也称为“会员合约”或“订户协议”) 中包含的福利和服务将受到承保。Medicare 和本人的 Blue Shield Medicare Advantage 计划均不会支付未承保的福利或服务费用。
- 根据本人所知, 本入保申请表上本人的信息都是准确无误的。本人明白, 如果本人在这份表格上故意提供虚假信息, 本人将会被取消计划入保资格。
- 本人明白, 本人在本申请表上签名 (或者由合法授权代表签名), 即意味着本人已经阅读并理解了本申请表的内容。如果由授权代表 (如上所述) 签署, 则此签名证明:
  - 1) 该人士根据州法律获得授权完成此入保, 且
  - 2) 该授权的文件可根据 Medicare 的要求提供。

<b>签名:</b>	<b>当日日期(月/日/年):</b>
------------	---------------------

如果您是授权代表, 请在上方签字并填写这些字段。

姓名:

街道地址:

城市:

州:

邮政编码:

电话号码:

与投保人的关系:

## 第 2 部分 – 本部分的所有字段均为选填

是否回答这些问题是您的选择。不能因为不填写而被拒绝保险。

您是西班牙裔、拉丁裔还是西班牙人？请选择所有适用项。

- 不是，不是西班牙裔、拉丁裔或西班牙人  
 是的，波多黎各人  
 是的，其他西班牙裔、拉丁裔或西班牙人  
 本人选择不回答。
- 是的，墨西哥人、墨西哥裔美国人、奇卡诺人  
 是的，古巴人

您是什么种族？请选择所有适用项。

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

如果您希望我们用英语以外的语言向您发送信息，请选择一种语言。

- 阿拉伯语  
 亚美尼亚语  
 柬埔寨语  
 中文(简体)
- 中文(繁体)  
 波斯语  
 韩语  
 俄语
- 西班牙语  
 他加禄语  
 越南语

如果您希望我们用无障碍格式向您发送信息，请选择以下之一。

- 盲文  大字体工整书写  音频 CD

如果您需要除上述列出方式以外、以无障碍格式提供的信息，请联系客户服务部，电话：**(800) 452-4413 (TTY: 711)**。我们的办公时间为：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：

在上方提供您的电子邮件地址将自动为您的某些计划通讯启用无纸化交付。

您将会通过电子方式收到许多您所需的计划通讯。当有新通信（例如：福利解释或年度变更通知）可在线查看时，我们会给您发送一封电子邮件。您可以通过任何设备（如计算机、平板电脑或手机）访问这些通信。

与无纸化交付相反，我们将通过邮寄向您发送所需材料的纸质副本。请注意，某些时事通讯尺寸很大，可能无法放入所有的邮箱。您可以随时更改您的交付偏好。

您工作吗？  是  否 您的配偶工作吗？  是  否

列出您的主治医生 (PCP)、诊所或健康中心：

医生姓名、诊所或健康中心名称：

医生姓名、诊所或健康中心 ID：

医生姓名、诊所或健康中心团体编号：

当前患者？  是  否

## 支付您的计划保费

每月您可通过邮寄支付您的月度计划保费（包括您目前拥有或可能欠缴的任何未按期入保罚金）。如果您的计划需要缴纳保费，您将收到一份月度账单，其中包括下次付款的金额和日期，或者您可选择通过每月从您的社会安全局或铁路退休委员会 (RRB) 福利中自动扣除保费。

如需要了解有关您款项的更多信息，请访问我们的网站：[blueshieldca.com/medicarewaystopay](http://blueshieldca.com/medicarewaystopay) 或联系客户服务部，电话号码：(800) 452-4413 (TTY: 711)。

自动从您每月的社会安全局或铁路退休委员会 (RRB) 福利支票中扣除。

本人每月从以下渠道领取福利： 社会安全局  RRB

(社会安全局/铁路退休委员会的扣款可能需要两个或更多月才能开始。在大多数情况下，如果社会安全局/铁路退休委员会接受您的自动扣款请求，您的社会安全局/铁路退休委员会福利支票的第一笔扣款将包括从您的入保生效日期到开始扣款的所有应付保费。如果社会安全局/铁路退休委员会没有批准您的自动扣款请求，我们将向您发送一份纸质账单，用于支付您的月度保费。)

**如果您需要支付 D 部分 - 与收入相关的每月调整金额 (部分 D-IRMAA)，除了计划保费外，您必须额外支付此金额。**该金额通常从您的社会安全局福利中扣除，或者您可能会从 Medicare (或 RRB) 收到账单。不要向 Blue Shield of California 支付 D-IRMAA 的费用。

**业务员信息：需要业务员姓名和 ID 或 NPN。**

机构名称：\_\_\_\_\_

(请工整书写指定机构名称)

机构 ID：\_\_\_\_\_

(请工整书写机构缴税 ID)

业务员 (文书代笔人) 姓名 (必填)：\_\_\_\_\_

(请工整书写文书代笔人姓名)

业务员 ID：\_\_\_\_\_

(请工整书写代理人缴税 ID 编号)

业务员 (文书代笔人) NPN 或 TIN (必须提供一个)：\_\_\_\_\_

(请工整书写 NPN 或 TIN 编号)

业务员电话：\_\_\_\_\_

业务员电子邮件地址：\_\_\_\_\_

业务员收到申请书的日期：\_\_\_\_\_

业务员签名：\_\_\_\_\_

本人在此签名，证明本人已经阅读并理解了《CMS Medicare 沟通与营销指南》和《参保须知》，并确认参保人已收到完整的参保须知。本人同意这位 Medicare 受益人代表 Blue Shield of California 进行的入保手续，符合这些规定。

Blue Shield of California 是与 Medicare 和加州 Medicaid 计划签约的 HMO D-SNP 计划。入保 Blue Shield of California 取决于合约的续签情况。

## 隐私法声明

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Medicare 与 Medicaid 服务中心) 从 Medicare 计划收集信息, 以跟踪 Medicare Advantage (MA) 计划的受益人入保情况、改善护理以及支付 Medicare 福利。美国《社会保障法》的第 1851 节和《美国联邦法规》第 42 篇 §§ 422.50 和 422.60 授权收集此信息。CMS 可能根据《记录系统通知》(SORN) “Medicare Advantage 处方药 (MARx)”, 系统编号 09-70-0588 中的规定, 使用、披露和交换来自 Medicare 受益人的登记数据。您对此表格的作答是自愿行为。然而, 未能作答可能会影响计划的入保。

**通常, 您仅可在每年 10 月 15 日至 12 月 7 日的年度入保期内投保 Medicare Advantage 计划。**此期间之外, 可能存在某些例外情况允许您入保 Medicare Advantage 计划。

请仔细阅读以下陈述, 并在适用的声明前打勾。通过勾选以下任何一个方框, 即表示您将能购证明, 据您所知, 您有资格获得入保期。如果我们后来确定此信息不正确, 您可能被取消入保。

- 本人对 Medicare 不太了解。
- 本人已经投保了 Medicare Advantage 计划, 并希望在 Medicare Advantage 计划开放入保期 (MA OEP) 进行更改。
- 本人最近搬到了本人当前计划服务区之外, 或者本人最近搬家, 这个计划对本人来说是一个新选择。本人搬迁日期是 (插入日期 月/日/年)  
\_\_\_\_\_。
- 本人最近刚刚被释放出狱。本人出狱日期是 (插入日期 月/日/年)  
\_\_\_\_\_。
- 本人在美国境外永久居住后最近返回美国。本人返美日期是 (插入日期 月/日/年)  
\_\_\_\_\_。
- 本人最近获得了美国的合法居留身份。本人获得此身份日期是 (插入日期 月/日/年)  
\_\_\_\_\_。
- 最近本人的 Medicaid 计划有调整 (新近获得了 Medicaid 计划, Medicaid 水准有调整, 或者失去了 Medicaid 计划), 日期是 (插入日期 月/日/年)  
\_\_\_\_\_。
- 最近本人用于 Medicare 处方药保险的 Extra Help (额外补助) 支付有调整 (新近获得了 Extra Help, Extra Help 水准有调整, 或者失去了 Extra Help), 日期是 (插入日期 月/日/年)  
\_\_\_\_\_。
- 本人同时拥有 Medicare 和 Medicaid (或者本人所在州帮助支付本人的 Medicare 保费), 或者本人获得 Extra Help 来支付本人的 Medicare 处方药保险, 但本人没有任何调整。
- 本人即将搬入、居住或最近搬出长期护理机构 (例如疗养院或长期护理机构)。本人搬入/即将/搬出该设施的日期是 (插入日期 月/日/年)  
\_\_\_\_\_。

- 本人近期离开 Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, 老年人全面護理項目) 计划的日期是 (插入日期 月/日/年)  
\_\_\_\_\_。
- 本人最近无意中失去了可抵免的处方药保险 (与 Medicare 等效的优质保险)。本人失去药物保险的日期是 (插入日期 月/日/年)  
\_\_\_\_\_。
- 本人将离开雇主或退出工会保险的日期是 (插入日期 月/日/年)  
\_\_\_\_\_。
- 本人参保了本人所在州提供的药房援助计划。
- 本人的计划正在终止与 Medicare 的合约, 或者说 Medicare 正在终止与本人的计划的合约。
- 本人曾经入保 Medicare 计划 (或者是本人所在州提供的计划), 但是本人想选择另一个计划。本人计划入保日期开始于 (插入日期 月/日/年)  
\_\_\_\_\_。
- 本人曾经入保过特殊需求计划 (SNP), 但是本人失去了参加该计划所需的特殊需求资格。本人从 SNP 退保的日期是 (插入日期 月/日/年)  
\_\_\_\_\_。
- 本人因紧急情况或重大灾害 (由联邦紧急事务管理局 (FEMA) 或联邦、州或地方政府机构宣布) 受到影响。此处另一条声明适用于本人, 但由于灾害的原因, 本人无法提交本人的入保申请表。
  - 本人错过了首次选择期 (IEP)
  - 本人错过了年度入保期 (AEP)
- 本人所投保的计划最近因为财务问题被州府或地方监管机构接管了。本人想要切换到另一个计划。
- 在过去的 3 年中, 本人投保了一个星级评定低于 3 星的计划。本人想参保星级评分为 3 星或更高星级的计划。
- 本人对 Medicare 还不太了解, 而且本人的 Medicare 资格是追溯生效的, 所以在本人的 A 部分和/或 B 部分生效日期之后才收到了有关获取 Medicare 的通知。

如果这些声明均不适用于您或您不太确定, 请致电 **(888) 534-4263 (TTY: 711)** 联系 Blue Shield of California 或授权代理, 以了解您是否有资格入保。服务时间: 10 月 1 日至次年 3 月 31 日每周七天上午 8 点至晚上 8 点; 4 月 1 日至 9 月 30 日的周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。