

什么人可以使用此表？

想加入 Medicare Advantage 计划的 Medicare 会员

如欲加入一项计划，您必须：

- 是美国公民或美国合法居民
- 居住在计划服务区内

重要信息：如欲加入 Medicare Advantage 计划，您必须同时享有下述保险：

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

何时使用此表？

您可于下述情况下加入一项计划：

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日 (保险生效日期为 1 月 1 日)
- 首次获得 Medicare 后 3 个月内
- 您获准加入或切换计划的特定情况下
- 双重资格者每月可通过 PDP 注册一次 FIDE SNP、AIP 或 Original Medicare。注册从次月首日生效。

请访问 **Medicare.gov**，以了解您可入保计划的时间。

填写此表需要什么？

- Medicare 编号 (红、白、蓝 Medicare 卡上的编号)
- 定居地址和电话号码

注意：您必须填写第 1 部分的所有项目。第 2 部分的项目为选填项 – 您不会因为未填写该等项目而被拒入保。

提醒：

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

- 您的计划将向您发送计划保费账单。您可选择报名以要求从您的银行账户或每月社会安全局 (或 Railroad Retirement Board (RRB, 铁路退休局)) 福利金中扣除保费。

后续步骤是什么？

请通过邮寄、传真或电子邮件将填妥并签字的表格发送至：

电子邮件： WHMembership@blueshieldca.com

邮寄： Blue Shield of California

P.O. Box 948

Woodland Hills, CA 91365-9856

传真： (877) 251-3660

在其开始处理您的入保申请后，他们将与您联系。

如何获取有关此表的帮助？

致电您的经授权代理或您的 Blue Shield 代表，电话：**(888)534-4263**。TTY 使用者请拨打 **711**。或致电 Medicare: 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 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

无家可归人士

- 如果您想加入本计划，但无定居地，可考虑使用邮政信箱、庇护所或诊所地址、或收件地址 (例如，社会安全支票) 作为您的定居地址。

根据 1995 年 Paperwork Reduction Act (PRA,《减少文书工作法》), 除非信息收集注明有效 Office of Management and Budget (OMB, 行政管理和预算局) 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, 预估为每次响应平均需要 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

请勿将本表或任何物品及您的个人信息 (如索赔、付款、医疗记录等) 发送至 PRA Reports Clearance Office (报告审核办公室)。任何我们收到的与如何改进本表格或其收集负担 (在 OMB 0938-1378 中概述) 无关的物品将被销毁。将不会对其进行保存、审核或将其转发给本计划。“后续步骤是什么？”参见 本页, 将填写完整的表格发送至本计划。

第 1 部分 – 本部分的所有字段均为必填字段 (除非已注明选填)

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)

姓氏:	名字:	中间名首字母简签: (选填)
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"/> 座机 <input type="checkbox"/> 手机	

定居地街道地址 (请勿填入邮政信箱。注意: 对于无家可归的个人, 邮政信箱可能会被视为您的定居地址。):

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:

您的 Medicare 信息:

Medicare 号码:

请回答以下重要问题:

除了 Blue Shield TotalDual Plan, 您是否有其他处方药保险 (例如 VA、TRICARE)? 是 否

处方药保险:

其他保险的名称:

此等保险的会员号码:

此等保险的团体编号:

医疗保险:

其他保险的名称:

此等保险的会员号码:

此等保险的团体编号:

您是否已加入州 Medicaid (Medi-Cal) 计划? 是 否
如果选择“是”, 请提供 Medicaid (Medi-Cal) 号码 (必填):

重要信息: 请阅读下文并签名:

- 本人必须同时享有医院保险 (A 部分) 和医疗保险 (B 部分) 以继续留在 Blue Shield TotalDual Plan 中。
- 通过加入 Medicare Advantage 计划, 本人确认 Blue Shield TotalDual Plan 将与 Medicare 分享本人信息, 并且 Medicare 可能出于下述目的使用该等信息: 追踪本人入保情况、付款、或授权收集信息的联邦法律许可的其他目的 (请参阅下文的 Privacy Act Statement (《隐私法声明》))。您回答此表问题纯属自愿。但是, 未提供回答可能影响入保本计划。
- 本人理解, 本人一次仅能入保一个 MA 计划——并且注册本计划将自动终止本人的另一个 MA 计划注册情况 (勾选 MA PFFS、MA MSA 情况除外)。
- 本人理解, 当 Blue Shield TotalDual Plan 保险生效后, 本人必须从 Blue Shield TotalDual Plan 获取所有医疗和处方药福利。由 Blue Shield TotalDual Plan 提供的福利与服务并且 Blue Shield TotalDual Plan 的 *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) 中所含的福利与服务将获得承保。Medicare 和 Blue Shield TotalDual Plan 均不会支付未承保的福利或服务费用。
- 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, 本人若在此申请表上签名 (或依法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) 授权代表签名, 则此等签名保证:
 - 1) 该人士根据州法律获得授权以填写此注册表, 并且
 - 2) 可应 Medicare 的要求提供授权文件。

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

如果您是授权代表, 请在上方签字并填写该等字段。

姓名:

街道地址:

城市:

州:

邮政编码:

电话号码:

与参保人的关系:

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。

- 不，不是西班牙裔、拉丁裔或西班牙血统
 是，波多黎各人
 是，拉丁裔或，或西班牙血统
- 是，墨西哥人、墨西哥裔美国人、奇卡诺人
 是，古巴人
 本人选择拒绝回答。

种族类别？请选择所有适用的选项。

- 美洲印第安人或阿拉斯加原住民
亚裔：
 亚裔印度人
 中国人
 菲律宾人
 日本人
 韩国人
 越南人
 其他亚裔
- 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
 本人选择拒绝回答。

您的性别是？

- 女
 男
 非二元性别者
- 本人用一个不同的术语： _____
 本人选择拒绝回答

下列哪一项最能代表您对自己的看法？（选择一项）

- 女同性恋或男同性恋
 异性恋，即不是男同性恋或女同性恋
 双性恋
- 本人用一个不同的术语： _____
 本人不知道
 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数据，请选择一项。

- 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

如果您希望我们向您发送其他无障碍格式的数据，请选择一项。

- 盲文版 大字版 音讯 CD 资料 CD

如果您需要其他可获得的格式信息，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。

您是否有工作？ 是 否 您的配偶是否有工作？ 是 否

请列出您的主治医生 (PCP)、诊所或健康中心：

医生、诊所或健康中心姓名：

医生、诊所或健康中心 ID 号码：

医生、诊所或健康中心团体名称：

已经是其患者？ 是 否

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。您可通过计算机、平板计算机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。

支付计划的保费

您可以每月通过邮寄支付计划月保费（包括任何您当前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，或者您还可选择自动从社会安全局或 Railroad Retirement Board (RRB) 的福利金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)。

从社会安全局或 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： 社会安全局 RRB

(社会安全局/ 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，如果社会安全局/ Railroad Retirement Board 同意您的自动扣款申请，首次从社会安全局/ 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。如果社会安全局/ 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。)

如果您需要支付 D 部分-与收入相关的月度调整额 (D 部分 - IRMAA)，除了计划保费外，您必须支付额外的金额。该金额通常从您的社会安全局福利金中扣除，或者您可能从 Medicare (或 RRB) 处收到账单。不要向 Blue Shield of California 支付 D 部分-IRMAA。

仅适用于帮助参保人填写此表格的个人

如果您是帮助参保人填写此表格的个人 (即 State Health Insurance Program (SHIP, 州健康保险计划) 咨询师, 家庭成员或其他第三方), 请填写本部分。

姓名: _____ 与参保人的关系: _____
 SHIP 咨询师 授权代表
签名: _____ 其他 (第三方) 自己

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)

指定机构的税号*: _____
(请以正楷填写指定机构的税号)

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

业务员/签单代理人的个人 NPN*: _____
(请打印业务员/签单代理人的个人 NPN)

业务员/签单代理人代理电话号码: _____

业务员/签单代理人的电子邮件地址: _____

业务员收到申请书的日期: _____

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。

隐私法声明

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Medicare 与 Medicaid 服务中心) 从 Medicare 计划处收集信息, 以追踪受益人入保 Medicare Advantage (MA) 计划的情况, 改善护理并支付 Medicare 福利。Social Security Act (《社保法》) 第 1851 条以及联邦法规汇编 (CFR) 第 42 篇第 422.50 和 422.60 条授权收集该信息。CMS 可根据系统编号 09-70-0588 的记录通知系统 (SORN) “Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)” 中的规定, 使用、披露和交换 Medicare 受益人的入保数据。您回答此表问题纯属自愿。但是, 未提供回答可能影响入保本计划。

通常仅可在年度注册期期间(每年 10 月 15 日至 12 月 7 日)参保 Medicare Advantage 计划。在例外情况下可以在年度注册期期间外参保 Medicare Advantage 计划。

请仔细阅读以下陈述项, 并勾选符合您实际情况的陈述项对应的方框。勾选下述任何方框即保证您尽您所知认为自己符合注册期例外条件。如果我们稍后认定此信息有误, 您可能被退保。

- 本人新注册 Medicare。
- 本人已注册 Medicare Advantage 计划, 并希望在 Medicare Advantage 开放注册时期 (MA OEP) 进行更改。
- 本人刚刚搬离本人当前计划的服务区域, 或本人最近刚刚搬迁, 此计划对本人而言是一个新选项。本人于 (填写日期: 月/日/年) 搬迁
_____。
- 本人最近刚获释出狱。本人于 (填写日期: 月/日/年) 获释出狱
_____。
- 本人在美国境外长期居住后最近刚刚回到美国。本人于 (填写日期: 月/日/年) 回到美国
_____。
- 本人最近刚刚获得美国合法居留身份。本人于 (填写日期: 月/日/年)
_____。
- 本人最近于 (填写日期: 月/日/年) 变更了本人的 Medicaid (新近获得 Medicaid、调整 Medicaid 援助程度或丧失 Medicaid)
_____。
- 本人最近于 (填写日期: 月/日/年) 变更了支付 Medicare 处方药保险的 Extra Help (额外补助) (新近获得 Extra Help、调整 Extra Help 程度或丧失 Extra Help)
_____。
- 本人参保 Medicare 和 Medicaid (或者本人所在的州援助本人支付 Medicare 保费) 或本人得到 Extra Help 以支付本人的 Medicare 处方药保险但没有变更。
- 本人将入住、居住在或最近刚刚搬出长期护理设施 (例如疗养院、长期护理设施)。本人于 (填写日期: 月/日/年) 入住/搬离此等设施
_____。

- 本人最近于 (填写日期: 月/日/年) 退出 Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, 老年人全面护理计划)
_____。
- 本人最近在非自愿情况下丧失可靠的 (与 Medicare 保险相当的) 处方药保险。本人于 (填写日期: 月/日/年) 丧失药物保险
_____。
- 本人于 (填写日期: 月/日/年) 退保雇主或工会的保险
_____。
- 本人是本人所在州资助的药品援助计划的援助对象。
- 本人参保的计划即将终止与 Medicare 的合约, 或 Medicare 即将终止与本人参保的计划的合约。
- 本人注册了 Medicare (或本人所在的州) 的计划, 本人想选择一个不同的计划。本人在该计划中的注册日期为 (填写日期: 月/日/年)
_____。
- 本人曾加入 Special Needs Plan (SNP, 特殊需求计划), 但本人已经丧失参加该计划必须具备的特殊需求资格。本人于 (填写日期: 月/日/年) 退出 SNP
_____。
- 本人受到紧急情况或重大灾难 (由 Federal Emergency Management Agency (FEMA, 联邦紧急事务管理署) 或联邦、州或地方政府实体宣布) 的影响。这里的其中一项陈述适用于本人, 但由于灾难, 本人无法提出参保请求。
 - 本人错过了初始选择期 (IEP)
 - 本人错过了年度入保期 (AEP)
- 由于财政问题, 本人参与了一项近日由州或地区监管机构接管的计划。本人想变更至其他计划。
- 本人参与了一项在过去 3 年评级均低于 3 星的计划。本人欲加入一项 3 星或更高评级的计划。
- 本人新注册 Medicare, 且 Medicare 权利具有追溯效力, 因此在本人的 A 部分和/或 B 部分生效后, 将通知本人获取 Medicare。

若您的真实情况与上述各项均不相符, 或您不确定是否符合, 请致电 **(888) 534-4263 (TTY: 711)** 联系 Blue Shield of California 或经授权的代理落实自己是否具备参保资格。服务时间: 10 月 1 日至次年 3 月 31 日每周七天, 每天上午 8 点至晚上 8 点; 4 月 1 日至 9 月 30 日周一至周五, 每天上午 8 点至晚上 8 点。