2027 個人註冊申請表

什麼人可以使用此表？
想加入 Medicare Advantage 計劃的 Medicare 會員

如欲加入一項計劃，您必須：
- 是美國公民或美國合法居民
- 居住在計劃服務區內

重要資訊：如欲加入 Medicare Advantage 計劃，您必須同時享有下述保險：
- Medicare A 部分（醫院保險）
- Medicare B 部分（醫療保險）

何時使用此表？
您可於下述情況下加入一項計劃：
- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日（保險生效日期爲 1 月 1 日）
- 首次獲得 Medicare 後三個月內
- 您獲准加入或切換計劃的特定情況下

請造訪 **Medicare.gov**，以瞭解您可入保計劃的時間。

填寫此表需要什麼？
- Medicare 編號（紅、白、藍 Medicare 卡上的編號）
- 定居地址和電話號碼

注意：您必須填寫第 1 部分的所有項目。第 2 部分的項目爲選填項 – 您不會因爲未填寫該等項目而被拒入保。

提醒：
- 如果您想在秋季開放入保期（10 月 15 日至 12 月 7 日）加入計劃，本計劃必須於 12 月 7 日之前收到您填妥的表格。
- 您的計劃將向您發送計劃保費賬單。您可選擇報名以要求從您的銀行賬戶或每月社會安全署（或 Railroad Retirement Board（RRB，鐵路退休局））福利金中扣除保費。

後續步驟是什麼？
請透過郵寄、傳真或電子郵件將填妥並簽字的表格發送至：

電子郵件： WHMembership@blueshieldca.com

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

傳真： (877) 251-3660

在其開始處理您的入保申請後，他們將與您聯絡。

如何獲取有關此表的幫助？
致電您的經授權代理或您的 Blue Shield 代表，電話：**(888) 534-4263**。TTY 使用者請撥打 **711**。或致電 Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請撥打 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.

無家可歸人士
- 如果您想加入本計劃，但無定居地，可考量使用郵政信箱、庇護所或診所地址、或收件地址（例如，社會安全支票）作爲您的定居地址。

根據 1995 年 Paperwork Reduction Act（PRA，《減少文書工作法》），除非資訊收集註明有效的 Office of Management and Budget（OMB，行政管理和預算局）控制編號，否則任何人無需對此作出回應。本次資訊收集的有效 OMB 控制編號爲 0938-1378。完成本次資訊所需的時間，預估爲每次回應平均需要 20 分鐘，其中包括查看說明、搜尋現有數據資源以及收集所需數據、填寫與審閱資訊收集所需的時間。如果您對時間預估的準確性有任何意見或有關於改進此表格的建議，請致函：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

重要資訊

請勿將本表或任何物品及您的個人資訊（如索賠、付款、醫療記錄等）發送至 PRA Reports Clearance Office（PRA 報告審核辦公室）。任何我們收到的與如何改進本表格或其收集負擔（在 OMB 0938-1378 中概述）無關的物品將被銷毀。將不會對其進行保存、審核或將其轉發給本計劃。參見「後續步驟是什麼？」本頁，將填寫完整的表格發送至本計劃。

第 1 部分 – 本部分的所有字段均爲必填欄位（除非已註明選填）

請選擇您想加入的計劃：

Blue Shield Inspire (HMO)

☐ Alameda/San Mateo 縣
（每月 $60）

☐ Los Angeles/Orange 縣
（每月 $0）

☐ San Joaquin/Stanislaus/Merced/Santa Clara 縣
（每月 $61）

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 $70）

Blue Shield Advantage (HMO)

☐ San Joaquin 縣
（每月 $20）

☐ Sacramento/Placer 縣
（每月 $19）

☐ Los Angeles/Orange 縣
（每月 $0）

☐ San Diego 縣
（每月 $0）

Blue Shield 65 Plus Choice Plan (HMO)

☐ San Bernardino/Riverside 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）

Blue Shield Value Advantage Plan (HMO)
****非佣金****

☐ Los Angeles 縣
（每月 $0）

☐ San Diego 縣
（每月 $0）

請說明您是否要參保可選補充 Dental HMO 或僅可選的僅限網絡內（INO）補充牙科保險計劃：

☐ **可選補充 Dental HMO 計劃**（每月 $16.20）
（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，將在參保時爲您分配一位牙醫。

☐ **可選的僅限網絡內（INO）補充牙科保險計劃（每月 $49.00）**
（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。）

僅可選的僅限網絡內（INO）補充牙科保險計劃不必選擇牙醫。

個人資訊：

姓氏：	名字：	中间名首字母：（選填）
出生日期（月/日/年）：	性別：☐ 男 ☐ 女	
電話號碼：	電話類型：☐ 座機 ☐ 手機	

定居地街道地址（請勿填入郵政信箱。注意：對於無家可歸的個人，郵政信箱可能會被視爲您的定居地址。）：

城市：	州：	郵遞區號：

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：	郵遞區號：

您的 Medicare 資訊：

Medicare 編號：

請回答以下重要問題：

除了 Blue Shield Medicare Advantage 計劃，您是否有其他處方藥保險（例如 VA、TRICARE）？

☐ 是 ☐ 否

處方藥保險：

其他處方藥保險的名稱：

此等保險的會員號碼：

此等保險的團體編號：

醫療保險：

其他醫療保險的名稱：

此等保險的會員號碼：

此等保險的團體編號：

您是否已加入州 Medicaid (Medi-Cal) 計劃？ ☐ 是 ☐ 否
如果選擇是，請提供 Medicaid (Medi-Cal) 號碼

重要資訊：請閱讀下文並簽名：

- 本人必須同時享有醫院保險（A 部分）和醫療保險（B 部分）以繼續留在 Blue Shield Medicare Advantage 計劃中。
- 透過加入 Medicare Advantage 計劃，本人確認 Blue Shield Medicare Advantage 計劃將與 Medicare 分享本人資訊，並且 Medicare 可能出於下述目的使用該等資訊：追蹤本人入保情況、付款、或授權收集資訊的聯邦法律許可的其他目的（請參閱下文的 Privacy Act Statement（《隱私法聲明》））。您回答此表問題純屬自願。但是，未提供回答可能影響入保本計劃。
- 本人理解，本人一次僅能入保一個 MA 計劃——並且註冊本計劃將自動終止本人的另一個 MA 計劃註冊情況（勾選 MA PFFS、MA MSA 情況除外）。
- 本人理解，當 Blue Shield Medicare Advantage 計劃保險生效後，本人必須從 Blue Shield Medicare Advantage 計劃獲取所有醫療和處方藥福利。由 Blue Shield Medicare Advantage 計劃提供的福利與服務並且 Blue Shield Medicare Advantage 計劃 *Evidence of Coverage*（EOC，承保範圍說明書）文件（又稱爲會員合約或投保人協議）中所含的福利與服務將獲得承保。Medicare 和 Blue Shield Medicare Advantage 計劃均不會支付未承保的福利或服務。
- 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，本人若在此申請表上簽名（或依法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) 該人士根據州法律獲得授權以填寫此註冊表，並且
  2) 可應 Medicare 的要求提供授權文件。

簽名：	**當日日期（月/日/年）：**

如果您是授權代表，請在上方簽字並填寫該等欄位。

姓名：

街道地址：

城市：　　州：　　郵遞區號：

電話號碼：

與參保人的關係：

第 2 部分 – 本部分的所有字段均爲選填欄位

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。

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)** 聯絡客戶服務部。服務時間：每週七天，每天上午 8 點至晚上 8 點 （太平洋時間）。

僅供參考：

您是否有工作？ ☐ 是 ☐ 否　　您的配偶是否有工作？ ☐ 是 ☐ 否

請列出您的主治醫生 (PCP)、診所或健康中心：

醫生、診所或健康中心姓名：

醫生、診所或健康中心 ID 號碼：

醫生、診所或健康中心團體名稱：

已經是其患者？ ☐ 是 ☐ 否

電子郵件地址：

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。您可隨時更改交付偏好。

支付計劃的保費

您可以每月透過郵寄支付計劃月保費（包括任何您當前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**您還可選擇自動從社會安全署或 Railroad Retirement Board (RRB) 的福利金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啓動。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，我們將爲您開具月度保費的紙質帳單。）

如果您需要支付 D 部分-與收入相關的月度調整額（D 部分 - IRMAA），除了計劃保費外，您必須支付額外的金額。該金額通常從您的社會安全署福利金中扣除，或者您可能從 Medicare（或 RRB）處收到帳單。不要向 Blue Shield of California 支付 D 部分-IRMAA。

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格的個人（即代理人，經紀人，State Health Insurance Program（SHIP，州健康保險計劃）顧問，家庭成員或其他第三方），請填寫本部分。

姓名：_____　與參保人的關係：_____

簽名：_____

業務員/簽單代理人資訊：

*表示必填字段。

指定機構名稱：

指定機構的納稅識別號：*

業務員/簽單代理人姓名：*

業務員/簽單代理人的**個人 NPN：***

業務員/簽單代理人的電子郵件地址：

業務員/簽單代理人電話號碼：

業務員/簽單代理人簽名：

業務員收到申請書的日期：

本人特此簽名確認本人已經完整填寫了所有要求的經紀人證明並閱讀並理解 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。

隱私法聲明

Centers for Medicare & Medicaid Services（CMS, Medicare 與 Medicaid 服務中心）從 Medicare 計劃處收集資訊，以追蹤受益人入保 Medicare Advantage (MA) 計劃的情況，改善護理並支付 Medicare 福利。Social Security Act（《社保法》）第 1851 和 1860D-1 條以及《美國聯邦法規 (CFR)》第 42 篇第 422.50 和 422.60 條授權收集該資訊。CMS 可根據系統編號 09-70-0588 的記錄通知系統 (SORN)「Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)」中的規定，使用、披露和交換 Medicare 受益人的入保資料。您回答此表問題純屬自願。但是，未提供回答可能影響入保本計劃。

註冊期資格證明

通常僅可在年度註冊期期間（每年 10 月 15 日至 12 月 7 日）參保 Medicare Advantage 計劃。在例外情況下可以在年度註冊期期間外參保 Medicare Advantage 計劃。

請仔細閱讀以下陳述項，並勾選符合您實際情況的陳述項對應的方框。勾選下述任何方框即保證您盡您所知認爲自己符合註冊期例外條件。如果我們稍後認定此資訊有誤，您可能被退保。

☐ 本人新註冊 Medicare。

☐ 本人已註冊 Medicare Advantage 計劃，並希望在 Medicare Advantage 開放註冊時期 (MA OEP) 進行更改。

☐ 本人剛剛搬離本人當前計劃的服務區域，或本人最近剛剛搬遷，並且本人有了新選項。本人於（填寫日期：月/日/年）搬遷

_____。

☐ 本人最近剛獲釋出獄。本人於（填寫日期：月/日/年）獲釋出獄

_____。

☐ 本人在美國境外長期居住後最近剛剛回到美國。本人於（填寫日期：月/日/年）回到美國

_____。

☐ 本人最近剛剛獲得美國合法居留身份。本人於（填寫日期：月/日/年）

_____。

☐ 本人最近於（填寫日期：月/日/年）變更了本人的 Medicaid（新近獲得 Medicaid、調整 Medicaid 援助程度或喪失 Medicaid）。

_____。

☐ 本人最近於（填寫日期：月/日/年）變更了支付 Medicare 處方藥保險的 Extra Help（額外補助）（新近獲得 Extra Help、調整 Extra Help 程度或喪失 Extra Help）。

_____。

☐ 本人擁有 Medicare 並享有完整的 Medicaid 福利。本人想加入或轉換到能協調 Medicare 和 Medicaid 管理式護理計劃（稱爲整合 Dual Eligible Special Needs Plan（D-SNP，雙重資格特殊需求計劃）。

☐ 本人入住、居住在或最近剛剛搬出長期照護設施（例如療養院、長期照護設施）。本人已於/將於（填寫日期：月/日/年）入住/搬離此等設施。

_____。

☐ 本人最近於（填寫日期：月/日/年）退出 Program of All-Inclusive Care for the Elderly（PACE, 老年人全面護理計劃）

_____。

☐ 本人最近在非自願情況下喪失可靠的（與 Medicare 保險相當的）處方藥保險。本人於（填寫日期：月/日/年）喪失藥物保險

_____。

☐ 本人於（填寫日期：月/日/年）退保雇主或工會的保險

_____。

☐ 本人參加了符合條件的 State Pharmaceutical Assistance Program（州藥品援助計劃），或者本人正在失去 State Pharmaceutical Assistance Program 的援助。

☐ 本人參保的計劃即將終止與 Medicare 的合約，或 Medicare 即將終止與本人參保的計劃的合約。

☐ 本人註冊了 Medicare（或本人所在的州）的計劃，本人想選擇一個不同的計劃。本人在該計劃中的註冊日期爲（填寫日期：月/日/年）

_____。

☐ 本人曾加入 Special Needs Plan（SNP，特殊需求計劃），但本人已經喪失參加該計劃必須具備的特殊需求資格。本人於（填寫日期：月/日/年）退出 SNP

_____。

☐ 本人受到緊急情況或重大災難（由 Federal Emergency Management Agency（FEMA，聯邦緊急事務管理署）或聯邦、州或地方政府實體宣佈）的影響。這裡的其中一項陳述適用於本人，但由於災難，本人無法提出參保請求。

- ☐ 本人錯過了初始選擇期 (IEP)
- ☐ 本人錯過了年度註冊期 (AEP)

若您的真實情況與上述各項均不相符，或您不確定是否符合，請致電 **(888) 534-4263 (TTY: 711)** 聯絡 Blue Shield of California 或經授權的代理落實自己是否具備參保資格。服務時間：10 月 1 日至 3 月 31 日之間，每週七天，每天上午 8 點至晚上 8 點（太平洋時間），以及 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點（太平洋時間）。

Blue Shield of California 是一項與 Medicare 簽訂合約的 HMO 計劃。參保 Blue Shield of California 視該合約的續約情況而定。