

擔保接收指南

Blue Shield of California Medicare 補充計劃

如果您最近已經獲得 Medicare 資格，或者失去或終止另一個健康保險，在某些情況下，您可能符合 Blue Shield Medicare 補充計劃的擔保接收資格。本指南將幫助您確定您是否符合擔保接收資格。**如果您年齡在 64 歲或以下且患有終末期腎病，則您沒有入保資格。**

注意事項：請注意，本指南僅為摘要，旨在幫助您確定可能符合 Blue Shield Medicare 補充計劃擔保接收資格的不同情況。本指南不包含每種情況的所有細節。請記住，規範擔保接收計劃的法律經常變更。請與您的銷售代表或律師確認您符合擔保接收資格。

如果您和其他家庭成員的年齡在 65 歲或以上並且承保相同的福利計劃類型，在基於同一合約簽發保險的情況下，您將每月節省 7% 的費用。根據家庭節省協議，每位家庭成員都必須具備擔保接收的資格或進行核保。

有關擔保接收的更多資訊，請透過以下方式聯絡您的代理人或您的 Blue Shield 銷售代表：**(855) 217-1539**，(TTY: 711)，服務時間：10 月 1 日至次年 3 月 31 日期間，每週七天上午 8 點至晚上 8 點；4 月 1 日至 9 月 30 日期間，週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。

如果您已是保戶，請致電客戶服務部，電話：**(800) 248-2341**，(TTY: 711)，服務時間：上午 8 點至晚上 8 點，每週七天，全年服務。

您也可以聯絡加州 Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP，醫療保險諮詢及推廣計劃) 以獲得指導。HICAP 為加州長者提供健康保險諮詢服務。致電 HICAP 免費電話 **(800) 434-0222**，轉介至當地 HICAP 辦事處。HICAP 是加州免費提供的服務。

如何使用本指南：

1. 如果您認為您符合某種情況，請查看您的計劃選擇以及何時申請。
2. 根據 Blue Shield 的《福利摘要與條款》手冊，確定您想申請的計劃類型。
3. 在您的申請書的擔保接收部分寫下相應的情況編號。

如果您符合擔保接收資格，則您無需填寫申請書中的健康聲明或病歷發佈授權部分。如果您不符合擔保接收資格，則您必須填寫這些部分。

4. 若您認為您符合擔保接收資格，請在入保表中的當前保險範圍資訊部分中填寫相應的支持資訊，或附上如下表所示的先前保險範圍證明。
5. 請勿將本指南與您的申請書一同寄回。請將該指南與 Blue Shield 的其他重要材料一同保管，作為您的參考。

1

情況

您：

- 已入保 Medicare 並且年滿 65 歲或以上；或
- 剛入保 Medicare，年齡為 64 歲或以下並且未患終末期腎病

您的計劃選擇：計劃 A、F 額外、¹G、G 額外、或 N

申請時間

- 若您年滿 65 歲或以上：Blue Shield 需在六 (6) 個月之前或之內收到您的申請，從您年滿 65 歲或以上之首月的首日算起，並且您已入保 Medicare B 部分的福利計劃。
- 若您的年齡為 64 歲或以下：Blue Shield 需在您入保 Medicare B 部分六 (6) 個月之前或之內，或者在您追溯性地接到 Medicare 合格通知後的六 (6) 個月內收到您的申請。

您必須附上此文件

請務必填寫入保申請書的以下部分：

- Medicare A 部分和 B 部分的有效日期以及您的 Medicare 編號或 Medicare 受益身份編號 (MBI)。
- 此外，若您年齡為 64 歲或以下，您需要填寫當前保險範圍資訊部分。

2

情況

您現在有 Blue Shield 或其他承保機構的 Medicare 補充計劃，想要在您生日月份的第一天之前 60 天，或從您生日月份的第一天開始並在您生日後六十 (60) 天結束時轉為另一個 Medicare 補充計劃。

您的計劃選擇

每年都有一個開放入保期，在此期間，您可以轉換至任何 Blue Shield Medicare 補充計劃，新計劃提供的福利應與您的當前計劃相對等或更少。撥打上一頁上的 Blue Shield 電話號碼看看您符合哪些計劃。

申請時間

Blue Shield 必須在在您生日月份的第一天之前 60 天，或從您生日月份的第一天開始並在您生日後六十 (60) 天期間收到您的申請書。

您必須附上此文件

如果您未入保 Blue Shield，則您必須填寫關於更換 Medicare 補充或 Medicare Advantage 保險的申請人通知 (位於申請書內)。您必須要提供當前計劃類型/保險公司 ID 卡的證明。如果您已經是 Blue Shield 的會員，您必須填寫 Medicare 補充計劃轉移申請。請致電 Blue Shield (請參閱本文件首頁上的電話號碼) 以請求轉移申請。

3

情況

您屬於以下任一情形入保：

- Medicare Advantage Plan；
- Medicare Cost Plan 或 1999 年 4 月 1 日前入保的由示範計劃當局營運的類似組織；
- 醫療保健服務預付計劃；或
- Medicare Select 保險單；

以及以下任意適用項：

- 組織或計劃的認證正被終止；
- 組織正終止或停止在您所居住服務區域的計劃；或
- 您不再符合資格，因為您搬到計劃服務區外。

您的計劃選擇：計劃 A、F 額外、¹G、G 額外、或 N

申請時間

若您的保險被迫終止，您可以在收到終止通知後、但不遲於保險終止日期後六十三 (63) 天內提交您的申請。但是，如果您入保 Medicare Advantage Plan，則您必須在您的保險終止日期後的一百二十三 (123) 天內提出申請。

您必須附上此文件

請務必填寫您所簽署之 Medicare 補充計劃申請書的當前保險範圍資訊部分（包括結束日期、保險結束原因）。² 您必須提供先前保險終止通知（通知中要有您的姓名、終止日期及原因）的影印件或先前保險證明。

4

情況

您收到終止通知，或者您的保險被雇主資助的健康計劃終止，包括雇主資助的退休人員健康計劃。這包括由於離婚或喪偶而喪失資格的終止。

您的計劃選擇：計劃 A、F 額外、¹G、G 額外、或 N

申請時間

Blue Shield 必須在終止通知後六 (6) 個月內收到您的申請，或者在沒有收到通知的情況下，在您雇主資助的醫療保險截止日期的六 (6) 個月內收到您的申請。

您必須附上此文件

請務必填寫您所簽署之 Medicare 補充計劃申請書的當前保險範圍資訊部分（包括結束日期）。²
請提供員工贊助的健康計劃的終止證明。

5

情況

您已入保 Medicare 補充計劃，但由於您搬離計劃的服務區域，您失去該保險。

您的計劃選擇：計劃 A、F 額外、¹G、G 額外、或 N

申請時間

Blue Shield 必須在保險終止日期後的六 (6) 個月內收到您的申請。

您必須附上此文件

請務必填寫您所簽署之 Medicare 補充計劃申請書的當前保險範圍資訊部分。² 您還必須提供終止原因說明文檔，以及先前保險終止通知（通知中要有您的姓名、終止日期及原因）的影印件或先前保險證明。

6

情況

在入保 Medicare A 部分的開始六 (6) 個月的期間，您入保了 Medicare Advantage Plan，或享有 Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE，長者全面護理項目) 服務提供者的服務，然後在該計劃或項目入保生效之日起的十二 (12) 個月內退保。

您的計劃選擇：計劃 A、F 額外、¹G、G 額外、或 N

申請時間

如果您自願終止您的保險，您可以在終止生效日前六十 (60) 天內提交申請，但不得遲於保險終止日期後六十三 (63) 天。

您必須附上此文件

請務必填寫您所簽署之 Medicare 補充計劃申請書的當前保險範圍資訊部分 (包括結束日期)。² 為了加快受理速度，請附上 Medicare Advantage Plan 終止的文件。

7

情況

您已入保 Medicare 補充計劃，隨後入保 Medicare Advantage Plan 或 PACE 服務提供者計劃，並且：

- 您的保險在入保生效日後的十二 (12) 個月內被迫終止；並且
- 之後，您註冊了另一個 Medicare Advantage Plan 或 PACE 服務提供者計劃，並在第一個計劃生效日後的二十四 (24) 個月內退保。

您的計劃選擇：計劃 A、F 額外、¹G、G 額外、或 N；或

- 您先前擁有的 Medicare 補充計劃，若您的保險公司仍出售該保險。

申請時間

若您的保險被迫終止，您可以在收到終止通知後、但不遲於保險終止日期後六十三 (63) 天內提交您的申請。但是，如果您入保 Medicare Advantage Plan，則您必須在您的保險終止日期後的一百二十三 (123) 天內提出申請。

您必須附上此文件

請務必填寫您所簽署之 Medicare 補充計劃申請書的當前保險範圍資訊部分 (包括結束日期、保險結束原因)。

提交申請時要附上之前 Medicare 補充計劃類型及之前 Medicare Advantage Plan 的文件 (之前的 ID 卡或收費單)。申請通過後，提供 Medicare Advantage Plan 終止文件。

8

情況

您年滿 65 歲或以上，已入保 PACE 服務提供者計劃，並且符合以下任一允許保險終止情況：

- 組織的認證正被終止；
- 該組織已著手終止或停止您所居住服務區域內的服務；
- 您不再符合資格，因為您搬到服務區外；
- 組織嚴重違反與 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS，Medicare 與 Medicaid 服務中心) 所簽訂的實質條款；或
- 該組織或其代理向您銷售合約時對計劃作出嚴重錯誤的描述。

您的計劃選擇：計劃 A、F 額外、¹G、G 額外、或 N

申請時間

- 若您的保險被迫終止，您可以在收到終止通知後、但不遲於保險終止日期後六十三 (63) 天內提交您的申請。
- 如果您自願終止您的保險，您可以在終止生效日前六十 (60) 天內提交申請，但不得遲於保險終止日期後六十三 (63) 天。

您必須附上此文件

請務必填寫您所簽署之 Medicare 補充計劃申請書的當前保險範圍資訊部分 (包括結束日期、保險結束原因)。請提供終止證明。

情況

您從 Medicare 補充計劃退保，然後首次入保以下任一計劃：

- Medicare Advantage Plan；
- Medicare Cost Plan 或 1999 年 4 月 1 日前入保的由示範計劃當局營運的類似組織；
- PACE 服務提供者；或
- Medicare Select 保險單。

接著您在頭 12 個月內退保。

您的計劃選擇：計劃 A、F 額外、¹G、G 額外、或 N

- 您先前擁有的 Medicare 補充計劃，若您的保險公司仍出售該保險。

申請時間

如果您自願終止您的保險，您可以在終止生效日前六十 (60) 天內提交申請，但不得遲於保險終止日期後六十三 (63) 天。

您必須附上此文件

請務必填寫您所簽署之 Medicare 補充計劃申請書的當前保險範圍資訊部分 (包括結束日期)。

提交申請時要附上之前 Medicare 補充計劃類型的文件 (之前的 ID 卡或收費單)。申請通過後，提供 Medicare Advantage Plan 終止文件。

情況

您從 Medicare 補充計劃退保，然後首次入保以下任一計劃：

- Medicare Advantage Plan；
- Medicare Cost Plan 或 1999 年 4 月 1 日前入保的由示範計劃當局營運的類似組織；
- PACE 服務提供者計劃；或
- Medicare Select 保險單。

但是，您的保險在入保生效日後的十二 (12) 個月內被迫終止。之後，您註冊了另一個相似計劃，並在第一個計劃生效日後的二十四 (24) 個月內退保。

您的計劃選擇：計劃 A、F 額外、¹G、G 額外、或 N；或

- 您先前擁有的 Medicare 補充計劃，若您的保險公司仍提供該保險。

申請時間

若您的保險被迫終止，您可以在收到終止通知後、但不遲於保險終止日期後六十三 (63) 天內提交您的申請。但是，如果您入保 Medicare Advantage Plan，則您必須在您的保險終止日期後的一百二十三 (123) 天內提出申請。

您必須附上此文件

請務必填寫您所簽署之 Medicare 補充計劃申請書的當前保險範圍資訊部分 (包括您先前三個保險的名稱和結束日期)。

提交申請時要附上之前 Medicare 補充計劃類型及之前 Medicare Advantage Plan 的文件 (之前的 ID 卡或收費單)。申請通過後，提供 Medicare Advantage Plan 終止文件。

情況

您入保了一項由雇主資助的健康計劃，作為 Medicare 的補充，並且您符合以下任一情形：

- 該計劃終止或停止為您提供所有補充健康福利；或
- 雇主不再為您提供支付所有付款 20% 共保額的保險。

您的計劃選擇：計劃 A、F 額外、¹G、G 額外、或 N

申請時間

您可以在擔保接收期內向 Blue Shield 提交申請，擔保接收期從以下兩個日期的較晚者算起，並於保險終止日期後的第六十三 (63) 天結束：

- 收到終止通知的日期，或收到通知後，由於福利終止而收到索賠遭拒通知的日期；或
- 保險終止日期。

您必須附上此文件

請務必填寫您所簽署之 Medicare 補充計劃申請書的當前保險範圍資訊部分（包括結束日期、保險結束原因）。²

請提供福利減少或終止的證明。

情況

您是符合 Medicare 資格的退休軍人、軍人配偶、或受扶養家屬，並且您出於以下原因而失去入保醫療保健服務的機會：

- 軍事基地關閉；
- 軍事基地不再提供服務；或
- 您被調動。

您的計劃選擇：計劃 A、F 額外、¹G、G 額外、或 N

申請時間

Blue Shield 必須在您失去入保軍事基地保健服務機會之日起六 (6) 個月內收到您的申請。

您必須附上此文件

說明您失去入保軍事基地保健服務機會之原因的文檔。

情況

您採用以下任一情形入保：

- Medicare Advantage Plan；
- Medicare Cost Plan 或 1999 年 4 月 1 日前入保的由示範計劃當局營運的類似組織；
- 醫療保健服務預付計劃；
- Medicare 補充計劃；或
- Medicare Select 保險單；

但由於您出示的以下內容而使保險終止：

- 該公司嚴重違反的合約的實質性規定；或
- 該公司或其代理就您合約的銷售計劃作出嚴重錯誤描述。

您的計劃選擇：計劃 A、F 額外、¹G、G 額外、或 N

申請時間

您可以在終止生效日前六十 (60) 天內提交申請，但不得遲於保險終止日期後六十三 (63) 天。

您必須附上此文件

請務必填寫您所簽署之 Medicare 補充計劃申請書的當前保險範圍資訊部分（包括結束日期、保險結束原因）。²

附上描述錯誤的具體信函。如果入保了 Medicare Advantage Plan，附上終止文件。

情況

您入保 Blue Shield Medicare Advantage Plan，並且 Blue Shield 採取以下任一措施：

- 減少福利；
- 增加費用分擔金額或保費；或
- 停止（非護理質量原因）與目前為您提供服務之服務提供者的合約。

您的計劃選擇：計劃 A、F 額外、¹G、G 額外、或 N

申請時間

您可以在終止生效日前六十 (60) 天內提交申請，但不得遲於保險終止日期後六十三 (63) 天。

Blue Shield 必須獲得此驗證

Medicare 補充申請通過後，您必須終止 Medicare Advantage Plan。Blue Shield 將在 Blue Shield 資格系統內驗證 Medicare Advantage Plan 的終止情況。

情況

您入保 Medicare 補充計劃，但保險因以下原因停止：

- 公司申請破產或倒閉；或
- 依照合約被迫終止其他保險。

您的計劃選擇：計劃 A、F 額外、¹G、G 額外、或 N

申請時間

您可以在擔保接收期內向 Blue Shield 提交申請，擔保接收期從以下兩個日期的較早者算起，並於保險終止後的第六十三 (63) 天結束：

- 您收到終止通知、破產通知、倒閉、或其他類似通知；或
- 保險終止日期。

您必須附上此文件

請務必填寫您所簽署之 Medicare 補充計劃申請書的當前保險範圍資訊部分。您必須提供先前保險終止通知（通知中要有您的姓名、終止日期及原因）的影印件或先前保險證明。

情況

您已入保 Medicare B 部分，並且由於您的收入或資產增加，您被通知您滿足以下任一情形：

- 您不再有資格享受 Medi-Cal 福利。
- 您只能在承擔某費用份額的情形下享受 Medi-Cal 福利（並且您在申請時向 Blue Shield 證明您不符合承擔費用份額的條件）。

您的計劃選擇：計劃 A、F 額外、¹G、G 額外、或 N

申請時間

Blue Shield 必須在終止通知或由於收入/資產改變而導致的費用份額增加的通知發出後六 (6) 個月內收到您的申請。

您必須附上此文件

因 Medi-Cal 計劃的收入/資產改變而終止通知之副本，或由於 Medi-Cal 計劃的收入/資產改變而導致的費用份額增加的通知之副本，以及您未達到費用份額的證明。

情況

您入保 Medicare Advantage Plan 並且該計劃採取以下任一措施：

- 減少福利；
- 增加費用分擔金額或保費；或
- 停止（非護理質量原因）與目前為您提供服務之服務提供者的合約。

此外，該保險公司、保險公司母公司旗下的子公司或與保險公司母公司簽訂合約的網絡無法提供 Medicare 補充計劃。

您的計劃選擇：計劃 A、F 額外、¹G、G 額外、或 N**申請時間**

您可以在終止生效日前六十 (60) 天內提交申請，但不得遲于 Medicare Advantage 計劃在年度選擇期間 (AEP) 保險終止之日後六十三 (63) 天提交申請，除非 Medicare Advantage 計劃已終止與目前向個人提供服務的服務提供者的關係。

您必須附上此文件

請務必填寫您所簽署之 Medicare 補充計劃申請書的當前保險範圍資訊部分（包括結束日期）。Medicare 補充申請通過後，您必須終止 Medicare Advantage Plan。

為了加快受理速度，請附上年度變更通知函之副本。

對於已終止的服務提供者關係，請附上服務提供者提供的終止函。

尾注

1. 計劃 F 額外僅適用於在 2020 年 1 月 1 日前已達到 65 歲或首次因殘障而有資格享受 Medicare 福利的申請人。
2. Blue Shield 保留獲取先前保險終止通知（通知中要有您的姓名及終止日期）的影印件或先前保險證明的權利。