

2024 年個人入保申請表

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 (保險生效日期為 1 月 1 日)
- 首次獲得 Medicare 後 3 個月內
- 您獲准加入或切換計劃的特定情況下

請造訪 [Medicare.gov](https://www.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

備註：您必須填寫第 1 部分的所有項目。第 2 部分的項目為選填項 – 您不會因為未填寫這些項目而被拒入保。

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帳單。您可選擇報名以要求從您的銀行帳戶或每月 Social Security (社會安全局) (或 Railroad Retirement Board (鐵路退休局)) 福利金中扣除保費。

後續步驟是什麼？

請透過電子郵件、郵寄或傳真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
PO 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) 510-8074**。TTY 使用者請撥打 **711**。或致電 Medicare，電話號碼：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) 510-8074**. 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.

無家可歸人士：

- 如果您想加入本計劃，但無定居地，可考慮使用郵政信箱、庇護所或診所地址、或收件地址 (例如，社會安全支票) 作為您的定居地址。

根據 Paperwork Reduction Act of 1995 (《1995 年減少文書工作法》)，除非資訊收集註明有效 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 控制編號為 0938-1378。完成本次資訊所需的時間，預估為每次回應平均需要 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

請勿將本表或任何包含個人資訊的項目 (如索賠、付款、醫療記錄等) 發送至 PRA Reports Clearance Office (報告審核辦公室)。我們所獲得的任何與如何改進本表或其收集負擔 (OMB 0938-1378 有所概述) 無關的條款均將被銷毀。將不會對其進行保存、審核或將其轉發給本計劃。請參閱本頁的「後續步驟」，將填寫完整的表格發送至本計劃。

第 1 部分 – 本部分的所有欄位均為必填欄位 (除非已註明選填)

請選擇您想加入的計劃：

Blue Shield Select (PPO)

- Alameda 縣
(每月 \$57)
- Orange/San Diego 縣
(每月 \$57)

Alameda 縣的 Blue Shield Select (PPO) 是一項 Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill (SSBCI, 慢性病特殊補充福利)。SSBCI 是所提供的選擇計劃中特殊補充福利的一部分。並非所有計劃會員均符合資格。更多詳情及資格要求請參閱《承保範圍說明書》。如欲具備每項 SSBCI 福利資格, 您必須患有至少一種所要求的符合資格的慢性疾病, 該疾病隨計劃而有所變動。請參閱投保工具包當中的「Attestation for Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill (SSBCI)」(慢性病特殊補充福利 (SSBCI) 認證) 表格或致電 **(800) 776-4466 (TTY: 711)** 聯絡客戶服務部以獲得此等文件。

請註明您是否想入保可選補充 Dental PPO 計劃：

- 可選補充 Dental PPO 計劃 (每月 \$45)
-

| | | |
|-----|-----|-----------------|
| 姓氏： | 名字： | 中間名首字母： (選填) |
|-----|-----|-----------------|

| | |
|---------------|---|
| 出生日期 (月/日/年)： | 性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |
|---------------|---|

| | |
|-------|---|
| 電話號碼： | 電話類型： <input type="checkbox"/> 座機 <input type="checkbox"/> 手機 |
|-------|---|

定居地街道地址：(不得填寫郵政信箱)
街道地址：

| | | |
|-----|----|-------|
| 城市： | 州： | 郵遞區號： |
|-----|----|-------|

如與定居地址不同，則需填寫郵寄地址 (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 Select (PPO), 您是否有其他處方藥保險 (例如 Veterans Affairs (VA, 退伍軍人事務部)、TRICARE)? 是 否

處方藥保險：
其他保險的名稱：

此等保險的 ID 號碼：

團體編號：

醫療保險：
其他保險的名稱：

此等保險的 ID 號碼：

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) 編號：

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 Select (PPO) 中。
- 透過加入 Medicare Advantage 計劃，本人確認 Blue Shield Select (PPO) 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，以及聯邦法律允許的其他目的（出於此目的可授權收集資訊）（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，而且入保本計劃將自動終止本人的另一個 MA 計劃入保情況（申請 MA Private Fee-For-Service (PFFS, 按服務收費）、MA Medical Savings Account (MSA, 醫療儲蓄帳戶）計劃除外）。
- 本人理解，當 Blue Shield Select (PPO) 保險生效後，本人必須從 Blue Shield Select (PPO) 獲取所有醫療和處方藥福利。由 Blue Shield Select (PPO) 提供的福利與服務並且 Blue Shield Select (PPO) 《承保範圍說明書》文件（又稱為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 和我的 Blue Shield Select (PPO) 均不會支付未承保的福利或服務。
- 據本人所知，入保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（或本人的法定授權代理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。若由授權代表簽名（如上所述的），則此等簽名保證：
 - 1) 該人士根據州法律獲得授權以填寫此入保表，並且
 - 2) 可應 Medicare 的要求提供授權文件。

| | |
|------------|---------------------|
| 簽名： | 當前日期(月/日/年)： |
|------------|---------------------|

如果您是授權代表，請在上方簽字並填寫以下欄位：

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 – 本部分的所有欄位均為選填欄位

您可自行選擇是否回答這些問題。您不會因未填寫這些欄位而被拒入保。

您是西班牙裔、拉丁美洲裔或西班牙人嗎？請選擇所有適用的選項。

- 否，非西班牙裔、拉丁美洲裔或西班牙人 是，墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人
 是，波多黎各人 是，古巴人
 是，其他西班牙裔、拉丁美洲裔或西班牙人
 本人選擇拒絕回答。

您的種族類別為？請選擇所有適用的選項。

- 美洲印第安人或阿拉斯加原住民
亞洲人：
 亞裔印度人
 中國人
 菲律賓人
 日本人
 韓國人
 越南人
 其他亞洲人
- 黑人或非洲裔美國人
夏威夷原住民和太平洋島民：
 關島人或查莫羅人
 夏威夷原住民
 薩摩亞人
 其他太平洋島民
 白人
 本人選擇拒絕回答。

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 繁體中文

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 大字版 音訊 CD

如果需要除上述格式之外的其他無障礙格式資訊，請致電 **(800) 776-4466 (TTY: 711)** 聯絡客戶服務部。服務時間：每週七天，上午 8 點至晚上 8 點。

電子郵件地址：

手機號碼：

提供上述電子郵件地址，會自動將您登記為透過無紙化交付進行部分計劃通訊。

您將透過電子形式收到許多必要的計劃通訊。新的通訊（例如：福利說明或年度變更通知）可在線上取得時，我們將透過電子郵件通知您。您可以透過任何裝置（如電腦、平板電腦或手機）存取這些通訊。

我們將郵寄必要資料的紙質副本給您，而不是使用無紙化交付。請注意，部分通訊信件可能體積龐大，可能並非所有信箱都裝得下。您可以隨時變更寄送偏好。

您是否有工作？ 是 否 **您的配偶是否有工作？** 是 否

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逾期入保罰金)。如果您有應付的計劃保費, 您將收到月度帳單, 其中會載明下筆付款的到期日與金額, 或者您可選擇每月自動從社會安全局或 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)。

從社會安全局或鐵路退休局 (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: 社會安全局 RRB

(社會安全署/鐵路退休局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啟動。在大多數情況下, 如果社會安全局/鐵路退休局同意您的自動扣款申請, 首次從社會安全局/鐵路退休局的福利金支票扣款時, 扣除的款項包括從入保生效日期至扣款開始日期之間所有應繳的計劃保費。如果社會安全局/鐵路退休局不批准您的自動扣款申請, 我們將為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局福利金中扣除, 否則您可能從 Medicare (或 RRB) 處收到帳單。不要向 Blue Shield of California 支付 D 部分-IRMAA 的費用。

業務員資料: 業務員姓名和 ID 或 National Producer Number (NPN, 全國業務員編號) **為必填項。**

機構名稱: _____

(請以正楷填寫指定機構的名稱)

機構 ID 號碼: _____

(請以正楷填寫機構的稅號)

業務員 (簽單代理人) 姓名 (必填): _____

(請以正楷填寫簽單代理人的姓名)

業務員 ID 編號: _____

(請以正楷填寫代理人的稅號)

業務員 (簽單代理人) NPN 或 Tax Identification Number (TIN, 稅務識別號碼) 編號 (必填一項): _____

(請用正楷書寫 NPN 或 TIN 編號)

業務員電話號碼: _____

業務員電子郵件地址: _____

業務員收到申請書的日期: _____

業務員簽名: _____

本人特此簽名確認本人已經閱讀並理解 CMS Medicare 通訊與行銷指南和入保規則, 確認參保人收到完整的入保套件。本人確認本人代表 Blue Shield of California 進行的此等 Medicare 受益人入保符合上述規則。

Blue Shield of California 是一個與 Medicare 簽有合約的 PPO 計劃。入保 Blue Shield of California 視該合約的續約情況而定。

隱私法聲明

Centers for Medicare and 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 條以及 Code of Federal Regulations (CFR, 美國聯邦法規) 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 System of Records Notice (SORN, 記錄通知系統)「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。

通常僅可在年度入保期期間(每年 10 月 15 日至 12 月 7 日)入保 Medicare Advantage 計劃。在例外情況下可以在年度入保期期間外入保 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為自己符合入保期例外條件。如果我們稍後認定此資訊有誤, 您可能被退保。

- 本人新入保 Medicare。
- 本人已入保 Medicare Advantage 計劃, 並希望在 Medicare Advantage Open Enrollment Period (MA OEP, Medicare Advantage 開放註冊期) 進行變更。
- 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, 此計劃對本人而言是一個新選項。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) 獲得合法身份
_____。
- 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)
_____。
- 本人入保 Medicare 和 Medicaid (或者本人所在的州援助本人支付 Medicare 保費) 或本人得到 Extra Help 以支付本人的 Medicare 處方藥保險, 但沒有變更。
- 本人將入住、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, 長者全面護理項目) 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) 退保僱主或工會的保險
_____。
- 本人是本人所在州資助的藥品援助計劃的援助對象。
- 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計劃的合約。
- 本人入保了 Medicare (或本人所在的州) 的一個計劃, 本人想選擇一個不同的計劃。本人在該計劃中的入保日期為 (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。本人已退保 SNP, 退保日期:
(填寫日期: 月/日/年)
_____。
- 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、州或當地政府機構宣告) 的影響。這裡的其中一項陳述適用於本人, 但由於自然災難本人無法入保。
- 本人錯過了首次選擇期 (IEP)
- 本人錯過了年度入保期 (AEP)
- 由於財政問題, 本人參與了一項近日由州或地區監管機構接管的計劃。本人想變更至其他計劃。
- 本人參與了一項在過去 3 年評級均低於 3 星的計劃。本人欲加入一項 3 星或更高評級的計劃。
- 本人新入保 Medicare, 且 Medicare 權利具有追溯效力, 因此在本人的 A 部分和/或 B 部分生效後, 將通知本人獲得 Medicare。

若您的真實情況與上述各項均不相符, 或您不確定, 請致電 **(888) 510-8074 (TTY: 711)** 聯絡 Blue Shield of California 或授權代理人, 確認自己是否具備入保資格。辦公時間: 10 月 1 日至 3 月 31 日每週七天, 每天上午 8 點至晚上 8 點; 4 月 1 日至 9 月 30 日週一至週五, 每天上午 8 點至晚上 8 點。