



Biểu mẫu Thay đổi Chương trình Blue Shield of California Medicare Advantage

Các thành viên hiện hữu của Chương trình Blue Shield of California Medicare Advantage có thể sử dụng biểu mẫu đăng ký ngắn này để ghi danh vào Chương trình Medicare Advantage do Blue Shield of California cung cấp.

Vui lòng fax hoặc gửi đơn đăng ký đã điền đủ thông tin của quý vị đến:

Fax: (877) 251-3660

Gửi thư: Blue Shield of California, PO Box 948, Woodland Hills, CA 91365-9856

Tôi hiện là thành viên của chương trình _____ trong _____
với phí bảo hiểm hàng tháng là \$ _____.

Chọn chương trình quý vị muốn tham gia:

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Quận Los Angeles/San Diego (\$0 mỗi tháng)

Tôi hiểu rằng chương trình này có các quyền lợi sức khỏe khác nhau và có thể sẽ có phí bảo hiểm hàng tháng, như đã nói ở trên.

Mã số Thành viên:

Họ:	Tên:	Chữ cái đầu Tên đệm (tùy chọn):
Số Điện thoại :	Loại Điện thoại: <input type="checkbox"/> Điện thoại cố định <input type="checkbox"/> Điện thoại di động	

Địa chỉ Đường phố Thường trú: (Không ghi Hộp thư bưu điện)

Địa chỉ Đường phố

Thành phố

Tiểu bang

Mã ZIP

Địa chỉ Gửi thư, nếu khác với địa chỉ thường trú của quý vị (cho phép Hộp thư bưu điện):

Địa chỉ Đường phố

Thành phố

Tiểu bang

Mã ZIP

Tên của Bác sĩ Chăm sóc Chính (PCP) hoặc phòng khám được chọn (chỉ dành cho HMO):

Quý vị tùy ý lựa chọn trả lời hoặc không trả lời những câu hỏi này. Quý vị sẽ không bị từ chối bảo hiểm nếu không điền các thông tin tại đó.

Quý vị có phải là người gốc Tây-Bồ, La-tinh hoặc Tây Ban Nha không? Chọn tất cả các câu trả lời phù hợp.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Không, không phải gốc Tây-Bồ, La-tinh hoặc Tây Ban Nha | <input type="checkbox"/> Có, là người Mexico, người Mỹ gốc Mexico, người Chicano |
| <input type="checkbox"/> Có, là người Puerto Rico | <input type="checkbox"/> Có, là người Cuba |
| <input type="checkbox"/> Có, là người gốc Tây-Bồ, La-tinh hoặc Tây Ban Nha | |
| <input type="checkbox"/> Tôi chọn không trả lời. | |
-

Chúng tộc của quý vị là gì? Chọn tất cả các câu trả lời phù hợp.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Thổ dân Mỹ Da đỏ hoặc Thổ dân Alaska | <input type="checkbox"/> Người Da đen hoặc Mỹ gốc Phi |
| Người Châu Á: | Người Hawaii Bản địa hoặc Người dân đảo Thái Bình Dương: |
| <input type="checkbox"/> Người Ấn Độ châu Á | <input type="checkbox"/> Người Guam hoặc Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Người Trung Quốc | <input type="checkbox"/> Người Hawaii bản địa |
| <input type="checkbox"/> Người Philippines | <input type="checkbox"/> Người Samoa |
| <input type="checkbox"/> Người Nhật Bản | <input type="checkbox"/> Người dân đảo Thái Bình Dương khác |
| <input type="checkbox"/> Người Hàn Quốc | <input type="checkbox"/> Người Da Trắng |
| <input type="checkbox"/> Người Việt Nam | <input type="checkbox"/> Tôi chọn không trả lời. |
| <input type="checkbox"/> Người Châu Á khác | |
-

Chọn một mục nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh.

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tiếng Ả Rập | <input type="checkbox"/> Tiếng Trung (Giản thể) | <input type="checkbox"/> Tiếng Hàn | <input type="checkbox"/> Tiếng Tagalog |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Armenia | <input type="checkbox"/> Tiếng Trung (Phồn thể) | <input type="checkbox"/> Tiếng Nga | <input type="checkbox"/> Tiếng Việt |
| <input type="checkbox"/> Tiếng Cam-pu-chia | <input type="checkbox"/> Tiếng Ba Tư | <input type="checkbox"/> Tiếng Tây Ban Nha | |
-

Chọn một mục nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị ở định dạng có thể truy cập được.

- Chữ nổi Bản in khổ lớn CD âm thanh

Vui lòng liên hệ bộ phận Dịch vụ Khách hàng D-SNP theo số **(800) 452-4413 (TTY: 711)** nếu quý vị cần thông tin ở định dạng có thể truy cập hoặc ngôn ngữ khác với những gì được liệt kê ở trên. Giờ làm việc của chúng tôi là 8:00 sáng đến 8:00 tối, bảy ngày trong tuần.

Số Điện thoại Di động:

Địa chỉ email:

Việc cung cấp địa chỉ email của quý vị ở trên sẽ tự động đăng ký quý vị vào dịch vụ gửi tài liệu không dùng giấy đối với một số thông tin liên lạc trong chương trình của quý vị.

Quý vị sẽ nhận được nhiều thông tin liên lạc bắt buộc về chương trình của mình qua hình thức điện tử. Chúng tôi sẽ gửi email cho quý vị khi thông tin liên lạc mới (ví dụ: Giải thích về Quyền lợi hoặc Thông báo Hàng năm về Những Thay đổi) có sẵn trực tuyến. Quý vị có thể truy cập các thông tin liên lạc này thông qua bất kỳ thiết bị nào chẳng hạn như máy tính, máy tính bảng hoặc điện thoại di động.

- Thay vì gửi tài liệu không dùng giấy, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị bản giấy của các tài liệu được yêu cầu. Xin lưu ý rằng một số thông tin liên lạc rất lớn và có thể không vừa với tất cả các hộp thư. Quý vị có thể thay đổi tùy chọn gửi tài liệu vào bất kỳ lúc nào.
-

Thanh toán Phí bảo hiểm của Quý vị

Quý vị có thể thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng của mình (bao gồm cả mọi khoản phạt đăng ký trễ mà quý vị nợ) qua thư mỗi tháng. Nếu chương trình của quý vị có phí bảo hiểm đến hạn, quý vị sẽ nhận được hóa đơn hàng tháng bao gồm số tiền và ngày đến hạn thanh toán tiếp theo hoặc quý vị có thể chọn thanh toán phí bảo hiểm của mình bằng cách cho khấu trừ tự động từ tiền An Sinh Xã Hội hoặc phúc lợi Railroad Retirement Board (RRB, Hội đồng Hưu trí ngành Đường sắt) mỗi tháng.

Để tìm hiểu thêm về các tùy chọn thanh toán của quý vị, vui lòng truy cập

blueshieldca.com/medicarewaystopay hoặc gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng D-SNP theo số **(800) 452-4413 (TTY: 711)**.

Tự động khấu trừ từ séc quyền lợi An Sinh Xã Hội hoặc Railroad Retirement Board (RRB) hàng tháng của quý vị.

Tôi nhận được quyền lợi hàng tháng từ: An Ninh Xã Hội RRB

(Việc khấu trừ từ tiền An Sinh Xã Hội/Railroad Retirement Board có thể mất hai tháng trở lên để bắt đầu. Trong hầu hết các trường hợp, nếu Sở An sinh Xã hội/Railroad Retirement Board chấp nhận yêu cầu khấu trừ tự động của quý vị, lần khấu trừ đầu tiên từ tiền An Sinh Xã Hội/séc phúc lợi Railroad Retirement Board của quý vị sẽ bao gồm tất cả các khoản phí bảo hiểm đến hạn từ ngày đăng ký của quý vị có hiệu lực cho đến thời điểm bắt đầu khấu trừ. Nếu Sở An Sinh Xã Hội/Railroad Retirement Board không chấp thuận yêu cầu khấu trừ tự động của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị hóa đơn giấy về phí bảo hiểm hàng tháng.)

Nếu quý vị được định mức là Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập Phần D, quý vị sẽ được Cơ quan An sinh Xã hội thông báo. Quý vị sẽ chịu trách nhiệm thanh toán thêm số tiền này ngoài phí bảo hiểm của chương trình. Quý vị sẽ bị khấu trừ luôn số tiền từ séc trợ cấp An sinh Xã hội của mình, hoặc được Medicare hoặc Railroad Retirement Board thanh toán trực tiếp.

KHÔNG thanh toán Phần D-IRMAA cho Blue Shield of California.

Những người có thu nhập hạn chế có thể đủ điều kiện để được trợ giúp thêm để thanh toán chi phí thuốc theo toa của họ. Nếu quý vị đủ điều kiện, Medicare có thể thanh toán 75% hoặc hơn cho chi phí thuốc của quý vị, bao gồm phí bảo hiểm thuốc theo toa hàng tháng, khoản khấu trừ hàng năm và đồng bảo hiểm. Ngoài ra, những người đủ điều kiện sẽ không có khoảng cách bảo hiểm hoặc bị phạt vì đăng ký trễ. Nhiều người đủ điều kiện nhận những khoản tiết kiệm này và thậm chí không biết về điều đó. Để biết thêm thông tin về phần trợ giúp thêm này, hãy liên hệ với văn phòng An sinh Xã hội địa phương của quý vị hoặc gọi cho Sở An sinh Xã hội theo số **(800) 772-1213**. Người dùng TTY cần gọi **(800) 325-0778**. Quý vị cũng có thể đăng ký để được trợ giúp thêm trực tuyến tại **www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp**.

Nếu quý vị đủ điều kiện để được trợ giúp thêm về chi phí bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare, Medicare sẽ thanh toán toàn bộ hoặc một phần phí bảo hiểm cho chương trình của quý vị. Nếu Medicare chỉ trả một phần phí bảo hiểm này, chúng tôi sẽ lập hóa đơn cho quý vị số tiền mà Medicare không đài thọ.

Vui lòng Đọc và Ký tên bên dưới

Blue Shield of California là chương trình có hợp đồng với chính phủ Liên bang.

Tôi hiểu rằng nếu tôi nhận được sự hỗ trợ từ một đại lý bán hàng, người môi giới hoặc cá nhân khác được thuê hoặc ký hợp đồng với Blue Shield of California, họ có thể được trả tiền dựa trên việc tôi đăng ký ghi danh vào Blue Shield of California.

Tiết lộ thông tin: Bằng cách tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare này, tôi xác nhận rằng chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare sẽ tiết lộ thông tin của tôi cho Medicare và các chương trình khác khi cần thiết cho các hoạt động điều trị, thanh toán và chăm sóc sức khỏe. Tôi cũng xác nhận rằng Blue Shield of California sẽ tiết lộ thông tin của tôi, bao gồm cả dữ liệu sự kiện thuốc theo toa của tôi, cho Medicare, Medicare có thể tiết lộ thông tin đó cho mục đích nghiên cứu và các mục đích khác tuân theo tất cả các luật và quy định hiện hành của Liên bang. Thông tin trong biểu mẫu đăng ký này là chính xác theo hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai trong biểu mẫu này, tôi sẽ bị hủy đăng ký khỏi chương trình. Tôi hiểu rằng những người có Medicare không được Medicare đài thọ khi ở nước ngoài, ngoại trừ trường hợp được bảo hiểm hạn chế gần biên giới Hoa Kỳ.

Tôi hiểu rằng kể từ ngày bảo hiểm Blue Shield Medicare Advantage HMO Plan bắt đầu, tôi phải nhận được tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình từ Blue Shield of California, ngoại trừ các dịch vụ cấp cứu hoặc khẩn cấp hoặc các dịch vụ lọc máu ngoài khu vực.

Các dịch vụ được ủy quyền bởi Blue Shield of California và các dịch vụ khác có ghi trong tài liệu *Chứng Từ Bảo Hiểm* Blue Shield of California của tôi (còn được gọi là hợp đồng thành viên hoặc thỏa thuận người đăng ký) sẽ được bảo hiểm. Nếu không có ủy quyền, **CẢ MEDICARE VÀ BLUE SHIELD OF CALIFORNIA SẼ KHÔNG THANH TOÁN CHO CÁC DỊCH VỤ.**

Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền thay mặt tôi theo pháp luật của Tiểu bang nơi tôi sống) trên đơn đăng ký này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn đăng ký này. Nếu được ký bởi cá nhân được ủy quyền (như mô tả ở trên), chữ ký này xác nhận rằng: 1) người này được ủy quyền theo luật của Tiểu bang để hoàn thành việc đăng ký này và 2) tài liệu về ủy quyền này sẽ được cung cấp theo yêu cầu từ Medicare.

Chữ ký:	Hôm nay ngày (THÁNG/NGÀY/NĂM):
----------------	---------------------------------------

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, quý vị phải ký tên vào trang trước và cung cấp các thông tin sau:

Tên: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố _____

Tiểu bang _____ Mã ZIP _____

Số điện thoại: _____

Mối quan hệ với Người đăng ký: _____

Thông tin đại lý cấp cao: Phải có tên của đại lý cấp cao và ID hoặc National Producer Number (NPN, Mã số Nhà sản xuất Quốc gia).

Tên của đại lý: _____
(vui lòng viết in hoa tên đại lý được chỉ định)

Số ID Đại lý: _____
(vui lòng viết in hoa mã số thuế của đại lý)

Tên của đại lý cấp cao (đại lý bảo hiểm) (bắt buộc): _____
(vui lòng viết in hoa tên đại lý)

Số ID đại lý cấp cao: _____
(vui lòng viết in hoa mã số thuế của đại lý)

Đại lý cấp cao (đại lý bảo hiểm) NPN hoặc Tax Identification Number (TIN, Mã Số Thuế)
(phải có một): _____
(vui lòng viết in hoa số NPN hoặc TIN)

Số điện thoại của đại lý cấp cao: _____

Địa chỉ email của đại lý cấp cao: _____

Ngày đại lý cấp cao nhận được đơn đăng ký (THÁNG/NGÀY/NĂM): _____

Chữ ký của đại lý cấp cao: _____

Với chữ ký của tôi, bằng văn bản này tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu các Nguyên tắc Tiếp thị và Truyền thông và thể lệ Đăng ký Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS, Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid) Medicare và xác nhận rằng người đăng ký đã nhận được bộ tài liệu đăng ký đầy đủ. Tôi đồng ý rằng sự đăng ký này của một người thụ hưởng Medicare, thay mặt cho Blue Shield of California, tuân thủ những quy tắc này.

Blue Shield of California là một chương trình HMO D-SNP với hợp đồng Medicare và hợp đồng với California State Medicaid Program (Chương trình Medicaid của Tiểu bang California). Quá trình đăng ký Blue Shield of California phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.