



2021 個人註冊申請表

Blue Shield Rx Plus (PDP) 和 Blue Shield Rx Enhanced (PDP) Medicare 處方藥計劃

什麼人可以使用此表？

想加入 Medicare 處方藥計劃的 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

注意事項：如欲加入 Medicare 處方藥計劃，您必須享有下述一項或兩項保險：

- 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，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

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 Social Security (社會安全署) (或 Railroad Retirement Board (鐵路退休局)) 福利金中扣除保費。

後續步驟是什麼？

請透過郵寄、傳真或電子郵件將填妥並簽字的表格發送至：

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

傳真：(877) 251-3660

電子郵件：WHMembership@blueshieldca.com

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？

請致電客戶關懷部：**(888) 239-6469**。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 Customer Care al **(888) 239-6469** (TTY **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.

第 1 部分 – 本部分的所有字段均為必填字段 (除非已註明選填)

請選擇您想加入的計劃：

- Blue Shield Rx Plus (PDP) (每月 \$59.00)
 Blue Shield Rx Enhanced (PDP) (每月 \$130.40)

| | |
|----|--|
| 名字 | 中間名 首字母 (選填): <input type="checkbox"/> |
|----|--|

| | |
|----|---|
| 姓氏 | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
|----|---|

| | |
|---------------|------|
| 出生日期: (月/日/年) | 電話號碼 |
|---------------|------|

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 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

您的 Medicare 信息:

請回答以下重要問題:

除了 Blue Shield Rx Plus (PDP) 或 Blue Shield Rx Enhanced (PDP), 您是否有其他處方藥保險 (例如 VA、TRICARE) ?

是 否

處方藥保險

其他保險的名稱:

此等保險的 ID 號碼:

此等保險的團體編號:

注意事項：請閱讀下文並簽名：

- 本人必須同時享有 A 部分或 B 部分以繼續留在 Blue Shield Rx Plus 或 Blue Shield Rx Enhanced 中。
- 透過加入 Medicare 處方藥計劃，本人確認 Blue Shield Rx Plus 或 Blue Shield Rx Enhanced 將向 Medicare 披露本人資訊，並且 Medicare 可能出於下述目的使用該等資訊：追蹤受益人入保情況、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 (《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。
- 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，參保 Medicare 的人通常在美國境外不享受 Medicare 承保（美國國境附近地區享受有限承保）。
- 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）授權代表簽名，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 | 當前日期 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

如果您是授權代表，請在上方簽字並填寫該等字段：

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為選填字段

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 大字版 音訊 CD

如果需要除上述語言之外的其他語言的資料或除上述格式之外的其他無障礙格式的資料,請撥打 **(888) 239-6469** [TTY 用戶請撥打 **711**] 聯絡客戶關懷部。我們的辦公時間是 10 月 1 日至 3 月 31 日期間,一週七天上午 8 點至晚上 8 點;4 月 1 日至 9 月 30 日期間,工作日上午 8 點至晚上 8 點,週六和週日上午 8 點至下午 5 點。

您是否有工作? 是 否 您的配偶是否有工作? 是 否

本人想透過電子郵件獲取下述材料。請選擇一項或多項。

- 本人願意使用電子郵件接收必要的計劃資料(如註冊通知和年度變更通知),代替郵寄紙質資料。
- 本人願意使用電子郵件接收非必要的計劃資料(如福利推廣、活動邀請和計劃電子報),代替郵寄紙質資料。

若不勾選上述方框,將接收郵寄的紙質計劃資料。可以隨時撥打計劃 ID 卡上的電話號碼聯絡客戶關懷部選擇郵寄紙質資料。

電子郵件地址

支付計劃的保費

您可以每月透過郵寄、電子轉帳 (EFT) 或信用卡支付計劃月保費。

收到月度帳單。

每月從銀行帳戶電子轉帳 (EFT) 支付。請隨附一張作廢 (VOID) 支票或提供以下資訊:

帳戶持有人姓名:

銀行路由號碼:

銀行帳號:

帳戶類型: 支票 儲蓄

信用卡。請提供以下資訊:

信用卡類型:

卡上所載帳戶持有人姓名:

帳戶號碼:

有效期:

從社會安全署或鐵路退休局 (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: 社會安全署 RRB

(在社會安全署或 RRB 批准該扣款後,社會安全署/RRB 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,如果社會安全署或 RRB 同意您的自動扣款申請,首次從社會安全署或 RRB 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。如果社會安全署或 RRB 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 的費用。

業務員資料:業務員姓名和 ID 或 NPN 為必填項。

FMO/機構名稱: _____
(請以正楷填寫指定機構的名稱)

FMO/機構 ID 編號: _____
(請以正楷填寫機構的納稅 ID)

業務員姓名: _____
(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納稅 ID)

業務員 NPN 編號: _____
(請以正楷填寫代理人的 NPN 編號)

業務員電話號碼: _____

業務員電子郵箱地址: _____

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 受益人註冊符合上述規則。

Blue Shield of California 是一項與 Medicare 簽訂合約的 PDP 計劃。參保 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) 或處方藥計劃 (PDP) 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 受益人的入保數據。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。

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

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，此計劃對本人而言是一個新選項。本人於 (填寫日期) 搬遷。
- 本人最近剛獲釋出獄。本人於 (填寫日期) 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) 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) 獲得合法身份。
- 本人最近於 (填寫日期) 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) 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)。
- 本人參保 Medicare 和 Medicaid (或者本人所在的州援助本人支付 Medicare 保費) 或本人得到額外補助以支付本人的 Medicare 處方藥保險，但沒有變更。
- 本人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)。本人於 (填寫日期) 入住/搬離此等設施。
- 本人最近於 (填寫日期) 退出 PACE 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) 喪失藥物保險。

- 本人於 (填寫日期) 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為 (填寫日期)。

- 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) 退出 SNP。

- 本人受到與天氣有關的緊急情況或重大災難 (由 Federal Emergency Management Agency (FEMA, 聯邦緊急事務管理署) 或由聯邦、州或地方政府實體宣告) 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申請註冊。

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, 請撥 **(888) 239-6469** (TTY 使用者應撥打 **711**) 聯絡 Blue Shield 客戶關懷部落實自己是否具備參保資格。我們的辦公時間是 10 月 1 日至 3 月 31 日期間, 一週七天上午 8 點至晚上 8 點; 4 月 1 日至 9 月 30 日期間, 工作日上午 8 點至晚上 8 點, 週六和週日上午 8 點至下午 5 點。