



Biểu mẫu Yêu cầu Đăng ký Cá nhân 2021

Chương trình Thuốc theo toa Medicare của Blue Shield Rx Plus (PDP) và Blue Shield Rx Enhanced (PDP)

Ai có thể sử dụng biểu mẫu này?

Những người có Medicare muốn tham gia Chương trình Thuốc theo toa Medicare

Để tham gia chương trình, quý vị phải:

- Là công dân Hoa Kỳ hoặc đang hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ
- Sống trong khu vực dịch vụ của chương trình

Quan trọng: Để tham gia Chương trình Thuốc theo toa Medicare, quý vị cũng phải có một trong hai, hoặc cả hai:

- Medicare Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện)
- Medicare Phần B (Bảo hiểm Y tế)

Khi nào tôi sử dụng biểu mẫu này?

Quý vị có thể tham gia một chương trình:

- Từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 hàng năm (đối với bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng 1)
- Trong vòng 3 tháng kể từ lần đầu tiên nhận được Medicare
- Trong một số tình huống nhất định, khi mà quý vị được phép tham gia hoặc chuyển đổi chương trình

Truy cập Medicare.gov để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể đăng ký chương trình.

Tôi cần những gì để hoàn thành biểu mẫu này?

- Số Medicare của quý vị (số trên thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh lam của quý vị)
- Địa chỉ thường trú và số điện thoại của quý vị

Lưu ý: Quý vị phải hoàn thành tất cả các mục trong Phần 1. Các mục trong Phần 2 là tùy chọn – quý vị sẽ không bị từ chối bảo hiểm nếu không điền các thông tin tại đó.

Nhắc nhở:

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình trong thời gian đăng ký mở rộng mùa thu (ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12), chương trình phải nhận được biểu mẫu đã điền đủ thông tin của quý vị trước ngày 7 tháng 12.
- Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị hóa đơn thanh toán phí bảo hiểm của chương trình. Quý vị có thể chọn đăng ký để được khấu trừ các khoản thanh toán phí bảo hiểm từ tài khoản ngân hàng hoặc quyền lợi Social Security (An Sinh Xã Hội) (hoặc Railroad Retirement Board (Hội đồng Hưu trí Đường sắt)) hàng tháng của quý vị.

Chuyện gì xảy ra tiếp theo?

Vui lòng gửi biểu mẫu đã điền đủ thông tin và ký tên qua thư bưu điện, fax hoặc qua email đến:

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

Fax: (877) 251-3660

Email: WHMembership@blueshieldca.com

Khi họ xử lý yêu cầu tham gia của quý vị, họ sẽ liên hệ với quý vị.

Tôi có thể tìm trợ giúp về biểu mẫu này qua đâu?

Hãy gọi tới bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số **(888) 239-6469**. Người dùng TTY có thể gọi **711**.

Hoặc, gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 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.

Phần 1 – Tất cả các mục trong phần này là bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là không bắt buộc)

Chọn chương trình quý vị muốn tham gia:

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

Tên		Chữ cái đầu tên đệm (tùy chọn):
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
Họ	Giới tính	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
Ngày sinh: (tháng/ngày/năm)	Số điện thoại	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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

Thông tin Medicare của quý vị:

Trả lời những câu hỏi quan trọng sau đây:

Quý vị sẽ có bảo hiểm thuốc theo toa khác (như VA, TRICARE) ngoài Blue Shield Rx Plus (PDP) hoặc Blue Shield Rx Enhanced (PDP)?

- Có Không

Bảo hiểm thuốc theo toa

Tên của bảo hiểm khác:

Số ID của bảo hiểm này:

Số nhóm cho bảo hiểm này:

QUAN TRỌNG: Hãy đọc và ký tên bên dưới:

- Tôi phải giữ Phần A hoặc Phần B để ở lại Blue Shield Rx Plus hoặc Blue Shield Rx Enhanced.
- Bằng cách tham gia Chương trình Thuốc theo toa Medicare này, tôi xác nhận rằng Blue Shield Rx Plus hoặc Blue Shield Rx Enhanced của tôi sẽ chia sẻ thông tin của tôi cho Medicare, họ có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc đăng ký của tôi, thực hiện thanh toán và cho các mục đích khác được các đạo luật Liên bang cho phép nhằm thu thập thông tin này (xem Tuyên bố về Privacy Act (Đạo luật Quyền riêng tư) bên dưới).
- Phản hồi của quý vị đối với biểu mẫu này là hoàn toàn tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc đăng ký vào chương trình.
- 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 thường không được Medicare chi trả khi ở nước ngoài, ngoại trừ trường hợp được bảo hiểm hạn chế gần biên giới Hoa Kỳ.
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp thay mặt tôi) trên đơn đăng ký này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn đăng ký này. Nếu được ký bởi người đại diện 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 của cơ quan này sẽ được cung cấp khi có yêu cầu của Medicare.

Chữ ký	Hôm nay ngày

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, hãy ký tên ở trên và điền vào các trường sau:

Tên:

Địa chỉ đường phố:

Thành phố

Tiểu bang

Mã ZIP

Số điện thoại:

Mối quan hệ với Người đăng ký:

Phần 2 – Tất cả các mục trong phần này không bắt buộc

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.

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

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 Chăm sóc Khách hàng theo số **(888) 239-6469** [Người dùng TTY nên gọi **711**] nếu quý vị cần thông tin ở định dạng có thể truy cập hoặc ngôn ngữ khác với những ngôn ngữ được liệt kê ở trên. Giờ làm việc của chúng tôi là từ 8:00 đến 20:00, bảy ngày mỗi tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, và từ 8:00 đến 20:00 các ngày làm việc trong tuần (8:00 đến 17:00, Thứ Bảy và Chủ Nhật), từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9.

Quý vị có đang làm việc không?

Có Không

Vợ/chồng của quý vị có đang làm việc không?

Có Không

Tôi muốn nhận các tài liệu sau đây qua email. Chọn một hoặc nhiều.

- Tôi sẵn lòng nhận các tài liệu bắt buộc của chương trình qua email (tức là: thông báo đăng ký và Thông báo Hàng năm về Những Thay đổi) thay vì nhận các bản cứng qua đường bưu điện.
- Tôi sẵn lòng nhận các tài liệu không bắt buộc của chương trình qua email (tức là: các quảng cáo về quyền lợi hoặc lời mời dự sự kiện, và thư tin tức của chương trình) thay vì nhận các bản cứng qua đường bưu điện.

Không đánh dấu vào các ô trên có nghĩa là quý vị sẽ nhận được tài liệu bản cứng của chương trình qua đường bưu điện. Quý vị có thể chọn quay lại tài liệu bản cứng bất kỳ lúc nào bằng cách gọi cho bộ phận Chăm sóc Khách hàng theo số trên thẻ ID chương trình của quý vị.

Địa chỉ Email

Thanh toán phí bảo hiểm của quý vị

Quý vị có thể thanh toán phí bảo hiểm hàng tháng của mình qua thư, Chuyển khoản Điện tử (EFT) hoặc thẻ tín dụng mỗi tháng.

- Nhận hóa đơn hàng tháng.
- Chuyển khoản điện tử (EFT) từ tài khoản ngân hàng của quý vị mỗi tháng. Vui lòng gửi kèm theo một tấm séc HẾT HIỆU LỰC (VOID) hoặc cung cấp các thông tin sau:

Tên của chủ tài khoản:

Số định tuyến ngân hàng:

Số tài khoản ngân hàng:

Loại tài khoản: Séc Tiết kiệm

- Thẻ tín dụng. Vui lòng cung cấp các thông tin sau:

Loại thẻ:

Tên của Chủ tài khoản ghi trên thẻ:

Số tài khoản:

Ngày hết hạn:

- Tự động khấu trừ từ séc quyền lợi An Sinh Xã Hội hoặc Hội đồng Hưu trí Đường sắt (RRB) hàng tháng của quý vị.

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

(Khoản khấu trừ An Sinh Xã Hội/RRB có thể mất hai tháng trở lên để bắt đầu sau khi Sở An Sinh Xã Hội hoặc RRB chấp thuận khoản khấu trừ. Trong hầu hết các trường hợp, nếu Sở An Sinh Xã Hội hoặc RRB chấp nhận yêu cầu khấu trừ tự động của quý vị, khoản khấu trừ đầu tiên từ séc quyền lợi An Sinh Xã Hội hoặc RRB 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 hoặc RRB không chấp thuận yêu cầu khấu trừ tự động của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị hóa đơn giấy cho phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị.)

Nếu quý vị phải trả Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập Phần D (Phần D-IRMAA), quý vị phải trả thêm số tiền này ngoài phí bảo hiểm của chương trình. Số tiền này thường được trích từ quyền lợi An Sinh Xã Hội của quý vị, hoặc quý vị có thể nhận được hóa đơn từ Medicare (hoặc RRB). KHÔNG thanh toán Phần D-IRMAA cho Blue Shield of California.

Thông tin đại lý cấp cao: Phải có tên và ID hoặc NPN của đại lý cấp cao.

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

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

Tên đại lý cấp cao: _____
(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)

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

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: _____

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 CMS 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 chương trình PDP với hợp đồng Medicare. Quá trình đăng ký Blue Shield of California phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

Tuyên bố về Đạo luật Quyền riêng tư

Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc đăng ký của người thụ hưởng trong các Chương trình Medicare Advantage (MA) hoặc Chương trình Thuốc theo toa (PDP), cải thiện dịch vụ chăm sóc và để thanh toán các quyền lợi Medicare. Mục 1851 và 1860D-1 của Đạo luật An sinh Xã hội (Social Security Act) và 42 CFR §§ 422.50 và 422.60 cho phép thu thập thông tin này. CMS có thể sử dụng, tiết lộ và trao đổi dữ liệu đăng ký từ những người thụ hưởng Medicare như được quy định trong Hệ thống Thông báo Hồ sơ (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Hệ thống số 09-70-0588. Phản hồi của quý vị đối với biểu mẫu này là hoàn toàn tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc đăng ký vào chương trình.

Thông thường, quý vị chỉ có thể đăng ký vào chương trình Thuốc theo toa Medicare trong thời gian đăng ký hàng năm từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 trong năm. Có những trường hợp ngoại lệ có thể cho phép quý vị đăng ký vào chương trình Thuốc theo toa Medicare ngoài khoảng thời gian này.

Vui lòng đọc kỹ các tuyên bố sau đây và đánh dấu vào ô trống nếu tuyên bố đó đúng với quý vị. Bằng cách đánh dấu chọn vào ô bất kỳ trong các ô sau đây, quý vị xác nhận theo sự hiểu biết tốt nhất của quý vị rằng quý vị đủ điều kiện cho Thời gian Đăng ký. Nếu sau đó chúng tôi xác định rằng thông tin này không chính xác, quý vị sẽ bị hủy đăng ký.

- Tôi mới tham gia Medicare.
- Tôi đã đăng ký chương trình Medicare Advantage và muốn thay đổi trong Thời gian Đăng ký Mở rộng của Medicare Advantage (MA OEP).
- Gần đây tôi đã chuyển ra ngoài khu vực cho chương trình hiện tại của tôi hoặc tôi mới chuyển đến và chương trình này là lựa chọn mới đối với tôi. Tôi đã chuyển đi vào (ghi ngày).

- Gần đây tôi đã được phóng thích từ trại giam. Tôi đã được phóng thích vào (ghi ngày).

- Gần đây tôi đã trở lại Hoa Kỳ sau khi sống lâu dài bên ngoài Hoa Kỳ. Tôi trở lại Hoa Kỳ vào (ghi ngày).

- Gần đây tôi đã có được tư cách hiện diện hợp pháp ở Hoa Kỳ. Tôi có tư cách này vào (ghi ngày).

- Gần đây tôi đã có sự thay đổi trong Medicaid của mình (Medicaid mới nhận, đã thay đổi mức trợ cấp Medicaid, hoặc Medicaid bị mất) vào (ghi ngày).

- Gần đây tôi đã có một sự thay đổi trong Extra Help (Trợ giúp thêm) của tôi khi thanh toán cho bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare (Extra Help mới nhận, đã có sự thay đổi về cấp độ Extra Help, hoặc Extra Help bị mất) vào (ghi ngày).

- Tôi có cả Medicare và Medicaid (hoặc tiểu bang của tôi giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare của tôi) hoặc tôi được Extra Help thanh toán cho bảo hiểm thuốc theo toa Medicare của tôi, nhưng tôi chưa có sự thay đổi nào.

- Tôi sống ở, hoặc gần đây đã chuyển ra khỏi Cơ sở Chăm sóc Dài hạn (ví dụ: viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn). Tôi đã chuyển đi/sẽ chuyển đến/rời khỏi cơ sở vào (ghi ngày).

- Gần đây tôi đã rời khỏi chương trình PACE vào (ghi ngày).

- Gần đây tôi đã bị mất bảo hiểm thuốc theo toa có thể khấu trừ của mình (bảo hiểm như của Medicare). Tôi đã mất bảo hiểm thuốc của mình vào (ghi ngày).
- Tôi sẽ rời khỏi bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn vào (ghi ngày).
- Tôi thuộc về một chương trình hỗ trợ dược phẩm do tiểu bang của tôi cung cấp.
- Chương trình của tôi sắp kết thúc hợp đồng với Medicare, hoặc Medicare kết thúc hợp đồng với chương trình của tôi.
- Tôi đã được Medicare (hoặc tiểu bang của tôi) đăng ký vào một chương trình, và tôi muốn chọn chương trình khác. Việc đăng ký của tôi trong chương trình đó bắt đầu vào (ghi ngày).
- Tôi đã đăng ký vào một Special Needs Plan (SNP, Chương trình Nhu cầu Đặc biệt) nhưng tôi đã mất các điều kiện về nhu cầu đặc biệt cần thiết để tham gia chương trình. Tôi đã bị rút tên khỏi SNP vào (ghi ngày).
- Tôi bị ảnh hưởng bởi một trường hợp khẩn cấp liên quan đến thời tiết hoặc thảm họa lớn (theo tuyên bố của Federal Emergency Management Agency (FEMA, Cơ quan Quản lý Khẩn cấp Liên bang) hoặc bởi cơ quan chính phủ Liên bang, tiểu bang hoặc địa phương). Một trong những tuyên bố khác ở đây áp dụng cho tôi, nhưng tôi không thể yêu cầu đăng ký vì thiên tai.

Nếu không có tuyên bố nào đúng với quý vị hoặc quý vị không chắc chắn, vui lòng liên hệ với bộ phận Chăm sóc khách hàng của Blue Shield theo số **(888) 239-6469** (Người dùng TTY nên gọi **711**) để xem quý vị có đủ điều kiện đăng ký hay không. Giờ làm việc của chúng tôi là từ 8:00 đến 20:00, bảy ngày mỗi tuần, từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, và từ 8:00 đến 20:00 các ngày làm việc trong tuần (8:00 đến 17:00, Thứ Bảy và Chủ Nhật), từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9.