



2026 年 Blue Shield of California Medicare Advantage 計劃變更表

Blue Shield of California Medicare Advantage 計劃會員可使用此簡易註冊表，以註冊入保 Blue Shield of California 提供的 Medicare Advantage 計劃。

請將填寫完整的註冊表傳真或郵寄至：

傳真：(877) 251-3660

郵寄：Blue Shield of California, P.O. Box 948, Woodland Hills, CA 91365-9856

目前，本人是 _____ 計劃的會員，所在區域為 _____，
該計劃月保費為 \$ _____。

請選擇您想加入的計劃：

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

☐ Los Angeles/San Diego 縣
(每月 \$0)

本人理解，本計劃提供的健康福利不同，且可能需要支付上述月保費。

會員編號：

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

電話號碼：	電話類型： ☐ 座機 ☐ 手機
-------	---

定居地街道地址 (不得填寫郵政信箱。注意：對於無家可歸人士，郵政信箱可能會被視為您的定居地街道地址。):

街道地址：

城市：	州：	郵遞區號：
-----	----	-------

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：
-----	----	-------

所選主治醫生 (PCP) 或診所姓名/名稱 (僅 HMO)：

根據 1995 年 Paperwork Reduction Act (PRA, 《減少文書工作法》)，除非資訊收集註明有效的 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

請勿將本表或任何物品及您的個人資訊 (如索賠、付款、醫療記錄等) 發送至 PRA Reports Clearance Office (PRA 報告審核辦公室)。任何我們收到的與如何改進本表格或其收集負擔 (在 OMB 0938-1378 中概述) 無關的物品將被銷毀。將不會對其進行保存、審核或將其轉發給本計劃。

第 2 部分 – 本部分的所有字段均為選填欄位

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。

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 阿拉伯語 | ☐ 中文（繁體） | ☐ 西班牙語 |
| ☐ 亞美尼亞語 | ☐ 波斯語 | ☐ 他加祿語 |
| ☐ 柬埔寨語 | ☐ 韓語 | ☐ 越南語 |
| ☐ 中文（簡體） | ☐ 俄語 | |

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 ☐ 大字印刷版 ☐ 音訊 CD ☐ 數據 CD

如果需要除上述格式之外的其他無障礙格式的資料，請致電 (800) 452-4413 (TTY: 711) 聯絡客戶服務部。服務時間：每週七天，每天上午 8 點至晚上 8 點（太平洋時間）。

電子郵件地址：

在上方提供電子郵件地址將自動使您的部分計劃通訊選擇無紙化交付。

您將以電子方式收到許多所需的計劃通訊。當新通訊（例如：福利說明或年度變更通知）可在線上獲取時，我們將給您發送電子郵件。您可透過電腦、平板電腦或手機等任何設備來存取這些通訊。

- ☐ 我們將向您郵寄所需材料的紙質版本，而不使用無紙化交付。您可隨時更改交付偏好。

您計劃的保費

您可以每月透過郵寄支付計劃月保費（包括任何您已經或可能欠繳的未按期參保罰金）。如果您有應付的計劃保費，您將收到每月賬單，其中會載明下筆付款的到期日與金額，或者您也可選擇自動從社會安全署或 Railroad Retirement Board (RRB, 鐵路退休局) 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) 452-4413 (TTY: 711)。

☐ 從社會安全署或 Railroad Retirement Board (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

（社會安全署/Railroad Retirement Board 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啓動。在大多數情況下，如果社會安全署/Railroad Retirement Board 同意您的自動扣款申請，首次從社會安全署/Railroad Retirement Board 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/Railroad Retirement Board 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。）

如果您有權獲得 D 部分-與收入相關的月度調整額，您將收到社會安全署的通知。您除支付計劃保費外，還應當負責支付此額外金額。您可以從社會安全署福利金支票中直接扣除此部份金額，也可讓 Medicare 或 Railroad Retirement Board 直接開具帳單。不要向 Blue Shield of California 支付 D 部分-IRMAA 的費用。

收入有限的人可能有資格申請 Extra Help (額外補助)，用於支付處方藥費用。如果您符合條件，Medicare 會為您支付藥費，包括月度處方藥保費、年度自付額、共同保險。此外，符合條件的人無需承擔延遲入保罰金。許多人符合條件可以節省這些費用，但卻不知情。如需獲取與此等 Extra Help 有關的資訊，請聯絡當地社會安全署辦公室，或致電社會安全署，電話：(800) 772-1213。TTY 使用者請撥打 (800) 325-0778。也可線上申請 Extra Help：www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help。

如果您符合條件可獲得 Extra Help 來支付 Medicare 處方藥的保險費用，針對此福利，Medicare 將為您全額或部分支付計劃保費。如果 Medicare 只支付部份保費，我們將就 Medicare 未給付的金額向您開具帳單。

請閱讀以下內容並簽名

Blue Shield of California 是一項與聯邦政府簽約的計劃。

本人理解，如果本人從 Blue Shield TotalDual Plan 僱用或簽約的銷售代理、經紀人或其他個人處獲得協助，此等人員將根據本人參保 Blue Shield TotalDual Plan 的情況獲得報酬。

資訊披露：本人加入此 Medicare 健康計劃即表示本人認可 Medicare 健康計劃會依據治療、付款、醫療保健運作的需要向 Medicare 或其他計劃披露本人的資訊。本人也認可 Blue Shield TotalDual Plan 將向 Medicare 披露本人的資訊，包括本人的處方藥事件數據，其可能會依照適用的聯邦法案和規章披露此等資訊用於研究或其他用途。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，自 Blue Shield TotalDual Plan 保險生效之日起計劃，除急救、緊急服務、服務區外透析服務外，本人必須從 Blue Shield TotalDual Plan 處獲得所有醫療保健。Blue Shield TotalDual Plan 授權的服務以及 Blue Shield TotalDual Plan *Evidence of Coverage* (EOC, 承保範圍說明書) 文件（又稱為會員合約或投保人協議）所載其他服務將獲得承保。對於未經授權的服務，不論是 MEDICARE 還是 BLUE SHIELD TOTALDUAL PLAN 都不會給付費用。

本計劃包含一項慢性病特殊補充福利 (SSBCI)，稱為食品和農產品福利。本人瞭解必須罹患特定長期疾病（即慢性病）方可使用此項福利。Blue Shield 將透過醫生提供的資訊，或聯絡醫生取得本人慢性病之已簽字聲明，以判定是否符合食品和農產品福利之資格。

本人理解，本人若在此申請表上簽名（或在本人居住地依照州法律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）受託人簽名，則此等簽名保證：1) 此人已經依照州法律受託完成此註冊，且 2) 在 Medicare 索要時可以出具相關的委託證明文件。

簽名：

當日日期（月/日/年）：

如果您是受託代表，您必須在上頁簽名並提供以下資訊：

姓名：

地址：

城市：

州：

郵遞區號：

電話號碼：

與參保人的關係：

僅限幫助參保人填寫此表的人士

如果您是幫助參保人填寫此表格的個人(即代理人,經紀人,State Health Insurance Program (SHIP,州健康保險計劃)顧問,家庭成員或其他第三方),請填寫本部分。

姓名：_____ 與參保人的關係：_____

簽名：_____

業務員/簽單代理人資訊：

*表示必填字段。

指定機構名稱：

指定機構的納稅識別號*：

業務員/簽單代理人姓名*：

業務員/簽單代理人的個人 NPN*：

業務員/簽單代理人的電子郵件地址：

業務員/簽單代理人電話號碼：

業務員/簽單代理人簽名：

業務員收到申請書的日期：

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 受益人參保符合上述規則。

Blue Shield of California 是一項與 Medicare 簽訂合約以及與 California State Medicaid Program (加州 Medicaid 計劃) 簽約的 HMO D-SNP 計劃。參保 Blue Shield of California 視該合約的續約情況而定。