

## Medicare advantage 플랜(파트 c) 개인 가입 요청 양식

### 누가 이 양식을 사용할 수 있습니까?

Medicare Advantage 플랜에 가입하기 원하는 Medicare 소지자

### 플랜 가입 자격은 다음과 같습니다.

- 미국 시민이거나 미국에 합법적으로 거주하고 있어야 함
- 플랜의 서비스 지역에 거주

**중요 사항:** Medicare Advantage 플랜에 가입하려면 다음 두 가지도 모두 있어야 합니다.

- Medicare 파트 A(병원 보험)
- Medicare 파트 B(의료 보험)

### 이 양식은 언제 사용합니까?

다음과 같이 플랜에 가입할 수 있습니다.

- 매년 10월 15일~12월 7일(1월 1일부터 보험 적용)
- Medicare를 처음 받은 후 3개월 이내
- 플랜에 가입하거나 전환할 수 있는 특정 상황에 있는 경우

Medicare.gov에 방문하여 플랜 가입 시기에 대해 자세히 알아보십시오.

### 이 양식을 작성하려면 무엇이 필요합니까?

- 귀하의 Medicare 번호(귀하의 적색, 백색 및 청색 Medicare 카드의 번호)
- 영구 주소 및 전화번호

**참고:** 섹션 1의 모든 항목을 완료해야 합니다. 섹션 2의 항목은 선택 사항이므로 작성하지 않아도 보험 적용이 거부되지 않습니다.

### 미리 알림:

- 가을 오픈 가입(10월 15일~12월 7일) 기간에 가입하기 원하시면, 해당 플랜은 귀하가 작성하신 양식을 12월 7일까지 받아야 합니다.
- 귀하의 플랜은 귀하에게 해당 플랜 보험료에 대한 청구서를 전송할 것입니다. 귀하의 은행 계좌 또는 월간 사회 보장(또는 철도 퇴직 위원회) 혜택에서 보험료를 공제하기로 선택할 수 있습니다.

### 다음 단계는 무엇입니까?

작성하고 서명한 양식을 아래로 보내십시오.

L.A. Care Health Plan  
Attn: 제품 판매 / 에이전트 가입  
1200 W. 7th Street, 2nd Floor  
Los Angeles CA 90017

귀하의 가입 요청이 처리되는 대로 귀하에게 연락이 갈 것입니다.

### 이 양식에 대한 도움을 받으려면 어떻게 해야 합니까?

L.A. Care Health Plan에 1-833-592-3767로 전화하십시오. TTY 사용자는 711로 전화하세요.

또는 Medicare 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하십시오. TTY 이용자는 1-877-486-2048로 전화하십시오.

**En español:** Llame a L.A. Care Health Plan al 1-833-592-3767 / TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

### 노숙하는 개인

- 플랜에 가입하고 싶지만 영구 거주지가 없는 경우에는, 우편 사서함, 쉼터나 클리닉 주소 또는 우편물을 받는 주소(예: 사회 보장 수표)가 영구 거주 주소로 간주될 수 있습니다.

문서감축법안(Paperwork Reduction Act, 1995)에 따르면, 유효한 관리 번호 OMB가 표시되어 있지 않은 이상 그 누구도 정보수집에 답변을 할 의무가 없습니다. 이 정보 수집의 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1378입니다. 이 정보 수집을 완성하도록 필요한 시간은 지시 사항을 검토하고 기존 데이터 정보를 찾고, 필요한 데이터를 수집하고 정보수집을 완료하고 검토하는 시간을 포함해 평균 20분입니다. 주어진 예상 시간(들)의 정확성에 대해 우려 사항 또는 제안이 있거나 이 양식을 개선할 만한 제안이 있는 경우 다음 주소 CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850으로 서면을 보내주십시오.

#### 중요사항

이 양식 또는 귀하의 개인 정보(예: 클레임, 지불, 의료 기록 등)가 있는 항목을 PRA 보고서 통관 사무소로 발송하지 마십시오. 이 양식이나 수집 부담을 개선하는 방법에 관한 것이 아닌 모든 항목(OMB 0938-1378에 설명 됨)은 파기될 것입니다. 이는 보관, 검토되지 않으며 또한 플랜에 전달되지 않습니다. 이 페이지의 "다음 단계는 무엇입니까?"를 참조하여 작성된 양식을 플랜에 보냅니다.

**섹션 1 - 이 페이지의 모든 필드는 반드시 작성해야 합니다(선택 사항으로 표시되지 않은 경우)**

가입하려는 플랜을 선택합니다.

L.A. Care Medicare 플러스 (HMO D-SNP) - 월 \$0

성: 이름: [선택 사항: 중간 이니셜]:

생년월일: (MM/DD/YYYY)  
( / / )

성: [ ]남 [ ]여

전화번호:  
( )

전화 번호 유형:  
[ ] 집 [ ] 모바일

영구 거주지 거리 주소 (P.O. Box는 기입하지 마시오):

시: [선택 사항: 카운티]: 주: 우편번호:

우편 주소 (영구 거주지 주소와 다른 경우(우편 사서함(PO Box) 허용):

거리 주소: 시: 주: 우편번호:

**귀하의 Medicare 정보**

Medicare 번호: - -

**다음의 중요한 질문들을 읽고 답하십시오:**

L.A. Care Medicare 플러스 플랜 이외 다른 처방약 보험(예 : VA, TRICARE)을 구입하실 생각이십니까?

예  아니요

다른 보험의 이름: 이 보험 가입자 번호: 이 보험에 대한 그룹 번호:

Medi-Cal에 등록되어 있습니까?

예  아니요

만약 "예"라고 답한 경우, Medi-Cal 번호를 적어 주십시오.

**중요 사항: 아래를 읽고 서명하십시오.**

- 본인은 L.A. Care Medicare 플러스 가입을 계속 유지하려면, 병원(파트 A)과 의료(파트 B)를 모두 유지해야 합니다(HMO D-SNP).
- 본 Medicare Advantage에 가입함으로써, 본인은 L.A. Care Medicare Plus가 내 정보를 Medicare와 공유하며, Medicare는 내 등록을 추적하고, 지불하고, 허용되는 다른 목적을 위해 사용할 수 있음을 인정합니다. 이 정보의 수집을 승인하는 연방법에 의거합니다 (아래 개인 정보 보호법 정책 참조). 귀하는 본 양식에 자발적으로 응답하실 수 있습니다. 그러나 응답하지 않으면 플랜 가입에 영향을 줄 수 있습니다.
- 본인은 한 번에 하나의 MA 플랜에만 가입할 수 있으며 이 플랜에 가입하면 자동으로 가입한 다른 MA 플랜이 가입 해제된다는 사실을 이해합니다 (MA PFFS, MA MSA 플랜은 예외입니다).
- L.A. Care Medicare 플러스 보험혜택이 시작되면 L.A. Care Medicare 플러스에게서 모든 의료 및 처방약 혜택을 받아야 한다는 것을 알고 있습니다. L.A. Care Medicare 플러스에서 제공하고 본인의 L.A. Care Medicare 플러스 "보험혜택 적용범위증명"(가입자 계약 또는 등록자 계약이라고도 함)에 담겨진 혜택 및 서비스를 보장해드립니다. Medicare나 L.A. Care Medicare 플러스는 보장되지 않는 혜택이나 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다.
- 이 가입신청서 상의 정보는 사실이며 본인이 아는 한 정확합니다. 고의적으로 잘못된 정보를 제공한 경우, 본인은 강제로 플랜 가입에서 해제된다는 사실을 이해합니다.
- 본인(또는 본인이 거주하는 주 법에 의거해 본인을 대신하도록 승인받은 사람)은 이 신청서의 내용을 읽고 이해했으므로 이 신청서에 서명한다는 사실을 이해합니다. 승인받은 개인이 서명한 경우 (위 설명 참조) 서명은 다음을 보증할 수 있습니다:
  - 1) 이 사람은 주법에 따라 이 가입신청서를 완료할 권한이 있으며
  - 2) Medicare 측이 요청할 경우 허락을 받은 사실을 증명하는 서류를 제공할 수 있습니다.

서명: 오늘 날짜

권한이 부여된 대리인인 경우 위에 서명하고 다음 필드를 입력합니다.

성명: 주소:

전화번호: 가입자와의 관계:

## 섹션 2 - 이 섹션의 모든 항목은 선택 사항입니다

**이 질문에 대해서는 귀하가 자유롭게 선택하여 답할 수 있습니다. 이 질문들에 응답하지 않는다는 이유로 보험에서 거부되지 않습니다.**

귀하는 히스패닉계, 라틴계 또는 스페인 출신이십니까? 해당 사항을 모두 선택하십시오.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 아니요, 히스패닉계, 라틴계 또는 스페인 출신이 아닙니다<br><input type="checkbox"/> 예, 푸에르토리코인입니다<br><input type="checkbox"/> 예, 히스패닉계, 라틴계 또는 스페인 출신입니다<br><input type="checkbox"/> <b>대답하지 않겠습니다.</b> | <input type="checkbox"/> 예, 멕시코인, 멕시코계 미국인, 치카노인입니다.<br><input type="checkbox"/> 예, 쿠바인입니다. |
|--|---|

귀하의 인종은 무엇입니까? 해당 사항을 모두 선택하십시오.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민<br>아시아인:<br><input type="checkbox"/> 아시아인, 인도인<br><input type="checkbox"/> 중국인<br><input type="checkbox"/> 필리핀인<br><input type="checkbox"/> 일본인<br><input type="checkbox"/> 한국인<br><input type="checkbox"/> 베트남인<br><input type="checkbox"/> 기타 아시아인 | <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인<br>하와이 원주민 및 태평양 섬 주민<br><input type="checkbox"/> 과마니아인 또는 차모로인<br><input type="checkbox"/> 하와이 원주민<br><input type="checkbox"/> 사모아인<br><input type="checkbox"/> 기타 태평양 섬 주민<br><input type="checkbox"/> 백인<br><input type="checkbox"/> <b>대답하지 않겠습니다.</b> |
|--|---|

귀하의 성별은 무엇입니까? 하나를 선택하십시오.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 여성<br><input type="checkbox"/> 남성<br><input type="checkbox"/> 비이분법적 | <input type="checkbox"/> 다른 용어를 사용: _____<br><input type="checkbox"/> <b>답하지 않기로 선택함.</b> |
|--|---|

다음 중 귀하 스스로를 어떻게 생각하는지 가장 잘 나타내는 것은 무엇입니까? 하나를 선택하십시오

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 동성애자<br><input type="checkbox"/> 이성애자, 즉 동성애자가 아님<br><input type="checkbox"/> 양성애자 | <input type="checkbox"/> 다른 용어를 사용: _____<br><input type="checkbox"/> 모름<br><input type="checkbox"/> <b>답하지 않기로 선택함.</b> |
|---|--|

영어 사용자가 아닐 경우 선호하는 구어를 선택하십시오.

- 스페인어  
  만다린  
  광둥어  
  한국어  
  아르메니아어  
  러시아어  
  아랍어  
 타갈로그어  
  베트남어  
  페르시아어  
  크메르어/캄보디아어

플랜 정보를 영어 이외의 언어로 보내려면 해당 언어를 선택하십시오.

- 스페인어  
  중국어  
  한국어  
  아르메니아어  
  러시아어  
  아랍어  
  타갈로그어  
 베트남어  
  페르시아어  
  크메르/캄보디아어

접근 가능한 형식으로 정보를 보내려면 하나를 선택하십시오.

- 대형 활자 인쇄본  
  오디오 CD  
  데이터 CD  
  점자

상기 기재된 내용 이외의 이용 가능한 형식 또는 언어로 된 정보가 필요한 경우 L.A. Care Medicare 플러스 1.833.522.3767으로 문의하십시오. 공휴일을 포함하여 하루 24시간, 주 7일 이용하실 수 있습니다. TTY 사용자는 711로 전화하세요.

당신은 일합니까?     예    아니요                      배우자가 일합니까?     예    아니요

주치의(PCP)를 기입하세요.		
PCP 전화번호: ( )	PCP 주소:	
L.A. Care 의료제공자 ID 번호 (의료제공자 명부에 수록된)	의료 그룹 / IPA.	현재 이 의사의 환자입니까? [ ] 예 [ ] 아니요
귀하의 보조 전화번호: ( )	전화 번호 유형: [ ] 집 [ ] 모바일	
[ ] L.A. Care가 전화 또는 문자 메시지를 포함하여 귀하와 연락하고 의사 소통 할 수 있도록 허락하시면 이 박스를 선택하십시오. 본 동의 내용을 변경하려면 언제든지 L.A. Care에 문의하십시오.		
이메일 주소:		
[ ] L.A. Care가 이메일로 귀하와 연락하고 의사 소통 할 수 있도록 허락하시면 이 박스를 선택하십시오. 귀하는 우편으로 중요한 계획 정보를 계속 받게 됩니다. 귀하는 L.A. Care Medicare 플러스 1-833-522-3767 TTY 711로 전화하면 언제든지 본 동의를 변경할 수 있습니다.		

비상시 연락 가능한 사람:	비상 연락 전화 번호: ( )
비상 연락 이메일:	수혜자와의 관계:

<b>이 양식을 작성하는 가입자를 돕는 개인만 해당</b>	
귀하가 이 양식을 작성하는 데 가입자를 돕는 개인(예: 에이전트, 브로커, SHIP 상담원, 가족 또는 기타 당사자)인 경우 이 섹션을 작성하십시오.	
이름:	가입자와의 관계:
서명:	국가 생산자 번호(에이전트 / 브로커 전용):
전화번호:	이메일 주소:
수령 날짜:	제안된 효력발생일:

**개인 정보 진술**

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)는 Medicare 플랜에서 정보를 수집하여 Medicare Advantage(MA) 플랜의 수혜자 가입을 추적하고, 진료를 개선하며, Medicare 혜택 지급을 하는데 사용합니다. 사회 보장법 제 1851 조와 42 CFR § 422.50 및 422.60 항에 따라 본 정보 수집에 대한 권한이 승인됩니다. CMS는 기록 통지 시스템 (SORN) "Medicare Advantage 처방약 (MARx)", 시스템 번호 09-70-0588에 명시된 Medicare 수혜자의 등록 데이터를 사용, 공개 및 교환 할 수 있습니다. 귀하는 본 양식에 자발적으로 응답하실 수 있습니다. 그러나 응답하지 않으면 플랜 가입에 영향을 줄 수 있습니다.