

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
- 해당 플랜의 서비스 지역에 거주해야 함

중요 사항: Medicare Advantage Plan 에 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 10 월 15 일~12 월 7 일(1 월 1 일부터 보험 적용)
- Medicare 를 처음 받은 후 3 개월 이내
- 플랜에 가입하거나 플랜을 전환할 수 있는 특정 상황에 해당하는 경우

Medicare.gov 를 방문하여 플랜 가입 시기에 대해 자세히 알아보십시오.

이 양식을 작성하려면 무엇이 필요합니까?

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

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

문서감축법(Paperwork Reduction Act, 1995)에 따르면, 유효한 관리 번호 OMB 가 표시되어 있지 않은 이상 정보수집에 답변할 필요가 없습니다. 이 정보 수집의 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1378 입니다. 이 정보 수집을 완성하는데 평균 20 분이 소요되며, 이는 지시 사항 검토, 기존 데이터 정보 검색, 필요한 데이터 수집, 정보수집 완료 및 검토 시간을 포함합니다. 예상 시간(들)의 정확성에 대해 우려사항 또는 제안이 있거나 이 양식을 개선할 만한 제안이 있는 경우에는, 서면으로 아래의 주소로 보내주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

중요사항

이 양식이나 개인정보(청구, 결제, 의료 기록 등)가 들어있는 항목은 PRA 보고서 승인 사무소에 보내지 마십시오. 이 양식이나 수집 부담을 개선하는 방법에 관한 것이 아닌 모든 항목(OMB 0938-1378 에 설명 됨)은 파기될 것입니다. 보관, 검토되지 않으며 또한 플랜에 전달되지 않습니다. 이 페이지에 있는 “다음 단계는 어떻게 되나요?”를 참조하여 작성한 양식을 해당 플랜에게 보내십시오.

미리 알림:

- 가을 공개 가입 기간(10 월 15 일~12 월 7 일)에 가입하려면, 작성하신 양식을 12 월 7 일까지 해당 플랜에 접수해야 합니다.
- 귀하의 플랜은 귀하에게 플랜 보험료에 대한 청구서를 보내게 됩니다. 귀하의 은행 계좌 또는 사회 보장(또는 철도 퇴직 위원회) 월간 혜택에서 보험료를 공제하도록 선택할 수 있습니다.

다음 단계는 무엇입니까?

작성하고 서명한 양식을 아래로 보내십시오.

L.A. Care Health Plan
Attn: Product Sales / Agent Enrollment
1200 W. 7th Street, 2nd Floor
Los Angeles CA 90017

가입 요청이 처리되는 대로 귀하에게 연락이 갈 것입니다.

이 양식에 대한 도움을 받으려면 어떻게 해야 합니까?

L.A. Care Health Plan 에 1-833-592-3767 로 전화하십시오. TTY 사용자는 711 로 전화하십시오.

또는 Medicare 에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 로 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 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

노숙인

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

섹션 1 - 이 페이지의 모든 필드는 반드시 작성해야 합니다(선택 사항으로

가입하려는 플랜을 선택합니다.

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

이름: _____ 성: _____ [선택사항: 중간 이니셜]: _____

생년월일: (MM/DD/YYYY) (/ /)	성별: <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	전화번호: ()	전화번호 유형: <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 모바일
-------------------------------	--	--------------	---

영구 거주지 거리 주소 (P.O. Box 는 가입하지 마시오):

시: _____ [선택 사항: 카운티]: _____ 주: _____ 우편번호 _____

우편 주소 (영구 거주지 주소와 다른 경우, PO Box 허용):
거리 주소: _____ 시: _____ 주: _____ 우편 번호: _____

귀하의 Medicare 정보

Medicare 번호: _____ - _____ - _____

다음의 중요한 질문들을 읽고 답하십시오:

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

기타 보험의 이름: _____ 이 보험의 가입자 번호: _____ 이 보험의 그룹 번호: _____

Medi-Cal 가입자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	만약 “예”라고 답한 경우, Medi-Cal 번호를 적어 주십시오.
---	---------------------------------------

중요 사항: 아래를 읽고 서명하십시오.

- 본인은 L.A. Care Medicare 플러스(HMO D-SNP)에 계속 유지하기 위해 병원(파트 A)과 의료(파트 B)를 모두 보관해야 합니다.
- 이 Medicare Advantage 를 가입함으로써 본인은 L.A. Care Medicare 플러스가 내 정보를 Medicare 와 공유하며, Medicare 는 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 보험이 시작되면 L.A. Care Medicare 플러스에게서 모든 의료 및 처방약 혜택을 받아야 한다는 것을 알고 있습니다. L.A. Care Medicare 플러스가 제공하고 L.A. Care Medicare 플러스 “보장 범위 증명” 문서 (가입자 계약서 또는 가입자 계약서라고도 함)에 포함된 혜택과 서비스가 보장됩니다. Medicare 또는 L.A. Care Medicare 플러스는 보장되지 않는 혜택 또는 서비스에 대한 비용을 지불합니다.
- 이 가입 신청서 상의 정보는 사실이며 본인이 아는 한 정확합니다. 고의적으로 잘못된 정보를 제공한 경우, 본인은 플랜 가입에서 강제로 탈퇴된다는 사실을 이해합니다.
- 본인(또는 본인이 거주하는 주 법에 의거해 본인을 대신하도록 승인받은 사람)은 이 신청서의 내용을 읽고 이해했으므로 이 신청서에 서명한다는 사실을 이해합니다. 승인된 대리인이 (위에 설명된 바와 같이) 서명한 경우, 이 서명은 다음을 증명합니다:
 - 1) 이 사람은 주법에 따라, 이 가입을 완료할 수 있는 권한이 있으며,
 - 2) 이 권한에 대한 문서는 Medicare 의 요청에 따라 열람할 수 있습니다.

서명: _____ 오늘 날짜 _____

권한이 부여된 대리인인 경우 위에 서명하고 다음 필드를 입력합니다.

이름: _____ 주소: _____

전화번호: _____ 가입자와의 관계: _____

섹션 2 - 이 페이지의 모든 필드는 선택 사항입니다.

이 질문에 대해서는 귀하가 자유롭게 선택하여 답할 수 있습니다. 이 질문들에 응답하지 않는다는

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

- 아니요, 히스패닉, 라틴계 또는 스페인계가 아닙니다 예, 멕시코인, 멕시코계 미국인입니다.
- 예, 푸에르토리코 치카노
- 예, 히스패닉계, 라틴계 또는 스페인 출신입니다 예, 쿠바인입니다

귀하의 인종은 무엇입니까? 해당 사항을 모두 선택하십시오.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민
아시아인:
<input type="checkbox"/> 아시아계 인도인
<input type="checkbox"/> 중국어
<input type="checkbox"/> 필리핀어
<input type="checkbox"/> 일본인
<input type="checkbox"/> 한국어
<input type="checkbox"/> 베트남인
<input type="checkbox"/> 기타 아시아인 | <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인
하와이 원주민 및 태평양섬 주민
<input type="checkbox"/> 괄인 또는 차모로인
<input type="checkbox"/> 하와이 원주민
<input type="checkbox"/> 사모아어
<input type="checkbox"/> 기타 태평양 섬주민
<input type="checkbox"/> 흰색
<input type="checkbox"/> 대답하지 않겠습니다 |
|---|---|

영어 사용자가 아닐 경우 선호하는 구어를 선택하십시오.

- 스페인어 북경어 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 크메르어/캄보디아어

접근 가능한 형식으로 정보를 보내려면 하나를 선택하십시오.

- 대형 활자 인쇄본 오디오 CD 데이터 CD 점자

위에 없는 형식의 정보가 필요한 경우, L.A. Care Medicare Plus 에 1-833-522-3767 로 전화하기 바랍니다. 저희는 공휴일을 포함하여 주 7 일 24 시간 운영됩니다. TTY 사용자는 711 로 전화하세요.

일을 하고 계십니까? 예 아니요 배우자가 일을 하고 계십니까? 예 아니요

주치의(PCP)를 기입하세요.

PCP 전화번호: ()

PCP 주소:

L.A. Care 제공자 ID 번호
(의료제공자 디렉토리에 나열됨):

의료 그룹 / IPA:

현재 이 의사의 환자인
십니까?
 예 아니요

보조 전화번호: ()

전화번호 유형: 집 휴대폰

이 확인란을 선택하면 L.A. Care 에서 전화나 문자로 귀하에게 연락하고 소통할 수 있도록 동의하시는 것입니다. 본 동의 내용을 변경하려면 언제든지 L.A. Care 에 문의하십시오.

이메일 주소:

이 확인란을 선택하면 L.A. Care 에서 이메일로 연락하고 소통하고 싶습니다. 귀하는 계속해서 우편으로 중요한 플랜 정보를 계속 받게 됩니다. 본 동의 내용을 변경하려면 언제든지 L.A. Care 에 문의하 케어 메디케어 플러스 1-833-522-3767 TTY 711 로 전화하세요.

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

개인 정보 보호법 정책

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)는 Medicare 플랜에서 정보를 수집하여 Medicare Advantage(MA) 플랜의 수혜자 가입을 추적하고, 진료를 개선하며, Medicare 혜택 비용을 지급하기 위해 사용합니다. 사회 보장법 제 1851 조와 42 CFR § § 422.50 및 422.60 항에 따라 본 정보의 수집을 승인합니다. CMS 는 기록 통지 시스템 (SORN) “ Medicare Advantage 처방약 (MARx)”, 시스템 번호 09-70-0588 에 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.

에이전트 지원 정보	
에이전트 이름:	에이전트 면허증 #:
에이전트 전화번호:	에이전트 이메일 주소:
에이전트 수령일:	에이전트 제안 발효일: