

본 양식은 누가 작성하나요?

Medicare Advantage 플랜 가입을 원하는
Medicare 가입자

플랜에 가입하려면 다음이 필요합니다:

- 미국 시민 또는 미국에 합법적으로 거주 중인
사람이어야 합니다
- 플랜 서비스 지역에 거주해야 합니다

중요: Medicare Advantage 플랜에 가입하려면
반드시 다음 플랜을 모두 보유해야 합니다:

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

언제 본 양식을 작성하나요?

다음과 같이 플랜에 가입할 수 있습니다:

- 매년 10월 15일~12월 7일(1월 1일 보장 시작)
- Medicare 첫 가입 후 3개월 이내
- 플랜 가입 또는 플랜 변경이 허용되는 특정한 상황
- 이중 자격자는 FIDE SNP, AIP 또는 PDP를 포함한
Original Medicare에 한 달에 한 번 등록할 수
있습니다. 등록은 다음 달 1일부터 적용됩니다.

플랜에 가입할 수 있는 경우를 자세히 알아보시려면

Medicare.gov에 방문해주세요.

본 양식을 작성하려면 무엇이 필요한가요?

- 본인의 Medicare 번호(귀하의 빨간색, 흰색, 파란색
Medicare 카드에 적힌 번호)
- 영구 거주지 주소 및 전화번호

참고: 섹션 1의 모든 항목을 작성하셔야 합니다. 섹션 2의
항목은 선택 사항입니다. 이 부분을 작성하지 않았다고
해서 보장이 거부되지 않습니다.

알림:

- 가을 정규 가입 기간(10월 15일~12월 7일)에 플랜에
가입하시려면 작성된 요청서가 플랜에 12월 7일까지
도착해야 합니다.

- 플랜에서 플랜 보험료 청구서를 발송할 것입니다.
매월 보험료를 은행 계좌에서 납부하거나 월별
사회보장(또는 Railroad Retirement Board(RRB,
철도퇴직위원회)) 연금에서 공제하도록 신청할 수도
있습니다.

다음으로 무엇을 해야 하나요?

양식을 작성하고 서명한 후 이메일, 우편 또는 팩스로
발송해 주세요:

이메일: WHMembership@blueshieldca.com

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

팩스: (877) 251-3660

가입 요청을 처리한 후, 연락을 드립니다.

양식 작성에 도움을 받고 싶으면 어떻게 하나요?

공인 대리인이나 Blue Shield 담당자에게
(888) 534-4263로 전화하세요. TTY 사용자는
711번으로 전화하시면 됩니다. 또는 1-800-MEDICARE
(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하세요.
TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로
전화하시면 됩니다.

En español: Llame a su Agente Autorizado
o a su Representante de Blue Shield al
(888) 534-4263. Los usuarios del sistema TTY
pueden llamar al **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.

노숙자

- 플랜에 가입하고 싶지만, 영구 거주지가 없는 경우
사서함, 보호소나 클리닉 주소 또는 우편물(예:
사회 보장 수표)을 받는 주소를 영구 거주지 주소로
고려할 수 있습니다.

1995년 Paperwork Reduction Act(PRA, 문서업무감축법)에 따라, 누구도 유효한 Office of Management and Budget(OMB, 관리예산실) 관리번호가
표시되지 않는 정보의 수집에 응답할 필요가 없습니다. 본 정보 수집의 유효한 OMB 관리번호는 0938-1378입니다. 안내문을 검토하고, 기존
데이터 자료를 검색하고, 필요한 데이터를 모으고, 정보 수집을 완료 및 검토하는 시간을 포함하여 본 정보를 완료하는 데 필요한 시간은 응답 당
평균 20분 정도입니다. 시간 추정치의 정확성 관련 우려 사항이나 본 양식 개선을 위한 제안이 있는 경우, 다음 주소로 보내 주세요: CMS, 7500
Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

중요

본 양식이나 개인 정보(예: 청구, 지불, 의료 기록 등)가 포함된 항목을 PRA Reports Clearance Office(보고서 정리 담당 사무소)로 보내지
마세요. 본 양식을 개선하는 방법에 관한 것이 아니거나 정보 수집 취지(OMB 0938-1378에 설명되어 있음)에 맞지 않는 모든 항목은 파기됩니다.
이러한 항목은 보관, 검토되거나 플랜에 반영되지 않습니다. 이 페이지에 나와 있는 '다음으로 무엇을 해야 하나요?'를 참조하여 작성한 양식을
플랜으로 보내 주세요.

섹션 1 - 본 섹션의 모든 항목은 필수 항목입니다(선택 사항으로 표시된 항목 제외)

가입하시려는 플랜을 선택하십시오:

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

☐ Los Angeles/San Diego 카운티
(\$0/월)

성:	이름:	중간 이니셜: (선택 사항)
----	-----	--------------------

생년월일(월/일/연도):	성별: ☐ 남성 ☐ 여성
---------------	---

전화번호:	전화 유형: ☐ 유선전화 ☐ 휴대폰
-------	---

영구 거주지 주소 (사서함 주소는 입력하지 마세요. 참고: 노숙자의 경우, 사서함 주소가 영구 거주지 주소로 간주될 수 있습니다.):

거리 주소:

도시:	주:	우편 번호:
-----	----	--------

영구 거주지 주소와 다른 경우, 우편물 발송 주소(사서함 가능):

거리 주소:

도시:	주:	우편 번호:
-----	----	--------

귀하의 Medicare 정보:

Medicare 번호:

다음 중요한 질문에 답변해주세요:

Blue Shield TotalDual Plan 이외에 다른 처방 의약품 보장(VA, TRICARE 등)을 보유 중이신가요?

☐ 예 ☐ 아니오

처방 의약품 보장:

다른 보장 이름:

이 보장의 가입자 번호:

이 보장의 그룹 번호:

의료 보장:

다른 보장 이름:

이 보장의 가입자 번호:

이 보장의 그룹 번호:

주 Medicaid(Medi-Cal) 프로그램에 가입되어 계신가요? ☐ 예 ☐ 아니오

'예'인 경우 Medicaid(Medi-Cal) 번호를 제공해 주세요(필수):

중요: 아래를 읽고 서명해주세요:

- 본인은 Blue Shield TotalDual Plan을 유지하기 위해 반드시 병원(파트 A) 및 의료(파트 B) 양쪽을 보유해야 합니다.
- 본인은 해당 Medicare Advantage 플랜에 가입함으로써 Blue Shield TotalDual Plan이 Medicare에 본인의 정보를 공유할 것이며, 이 정보는 본인의 가입 추적, 결제, 해당 정보 수집 권한을 부여한 연방 법이 허용한 기타 목적으로 사용될 수 있음을 인정합니다(아래 Privacy Act Statement(개인정보보호법) 고지 참조). 본 양식 작성은 자발적입니다. 그러나 작성하지 않는 경우 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.
- 본인은 한 번에 MA 플랜 한 개에만 가입할 수 있고 이 플랜에 가입하면 다른 MA 플랜(MA PFFS, MA MSA 플랜은 예외) 가입이 자동으로 종료된다는 점을 이해합니다.
- 본인은 Blue Shield TotalDual Plan 보장이 시작되면 모든 의료 및 처방 의약품 혜택을 Blue Shield TotalDual Plan에서 받아야 함을 이해합니다. Blue Shield TotalDual Plan이 제공하고 본인의 Blue Shield TotalDual Plan *Evidence of Coverage*(EOC, 보장 범위 증서)(가입자 계약 또는 주 가입자 약관이라고도 함)에 포함된 혜택과 서비스가 보장될 것입니다. Medicare나 Blue Shield TotalDual Plan은 모두 보장되지 않는 혜택이나 서비스에 대한 비용을 지불하지 않습니다.
- 본 가입 양식에 있는 정보는 본인이 아는 한 가장 정확한 정보입니다. 만약 의도적으로 잘못된 정보를 제공했다면, 본 플랜에서 본인이 해지될 것임을 이해합니다.
- 본 신청서에 있는 본인의 서명(또는 본인을 대신해 조치할 수 있는 법적 권한이 있는 자의 서명)이 본 신청서의 내용을 읽고 이해했다는 것을 의미함을 이해합니다. (상기 명시된 대로)공인 대리인이 서명했다면, 이 서명은 다음을 증명합니다:
 - 1) 이 사람은 주 법에 따라 본 가입서를 작성할 권한을 받았으며,
 - 2) Medicare가 요청 시 권한 증명서를 제공할 수 있습니다.

서명:	오늘 날짜(월/일/연도):
------------	-----------------------

공인 대리인은 상기에 서명하고 다음 항목을 작성해 주세요.

이름:

거리 주소:

도시:

주:

우편 번호:

전화번호:

가입자와의 관계:

섹션 2 - 본 섹션의 모든 항목은 선택 사항입니다

원하는 경우 다음 질문에 답변하시면 됩니다. 이 부분을 작성하지 않았다고 해서 보장이 거부되지 않습니다.

귀하는 히스패닉/라틴계 또는 스페인계입니까? 해당되는 항목을 모두 체크하십시오.

- | | |
|--|--|
| ☐ 아니오, 히스패닉/라틴계 또는 스페인계가 아닙니다 | ☐ 예, 멕시코인, 멕시코계 미국인, 치카노입니다 |
| ☐ 예, 푸에르토리코인입니다 | ☐ 예, 쿠바인입니다 |
| ☐ 예, 기타 히스패닉/라틴계 또는 스페인계입니다 | ☐ 답변하고 싶지 않습니다. |

귀하의 인종은 무엇입니까? 해당되는 항목을 모두 체크하십시오.

- | | |
|---|--|
| ☐ 미국 인디언 또는 알래스카 원주민 | ☐ 흑인 또는 아프리카계 미국인 |
| ☐ 아시아인: | ☐ 하와이 원주민 및 태평양 섬 주민: |
| ☐ 아시아계 인도인 | ☐ 괌 또는 차모로인 |
| ☐ 중국인 | ☐ 하와이 원주민 |
| ☐ 필리핀인 | ☐ 사모아인 |
| ☐ 일본인 | ☐ 기타 태평양 섬 주민 |
| ☐ 한국인 | ☐ 백인 |
| ☐ 베트남인 | ☐ 답변하고 싶지 않습니다. |
| ☐ 기타 아시아인 | |

당신의 성별은 무엇입니까?

- | | |
|--------------------------------|---|
| ☐ 여성 | ☐ 나는 다른 용어를 사용합니다: _____ |
| ☐ 남성 | ☐ 답변하고 싶지 않습니다 |
| ☐ 논바이너리 | |

다음 중 당신이 생각하는 자신에 대한 모습을 가장 잘 나타내는 것은 무엇입니까? (하나를 선택하세요)

- | | |
|--|---|
| ☐ 레즈비언이나 게이 | ☐ 나는 다른 용어를 사용합니다: _____ |
| ☐ 이성애자, 즉 게이 또는 레즈비언이 아닌 사람 | ☐ 모르겠습니다 |
| ☐ 양성애자 | ☐ 답변하고 싶지 않습니다 |

영어 이외의 다른 언어로 정보를 받아보시려면 하나를 선택해 주십시오.

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| ☐ 아랍어 | ☐ 중국어(번체) | ☐ 스페인어 |
| ☐ 아르메니아어 | ☐ 페르시아어 | ☐ 타갈로그어 |
| ☐ 캄보디아어 | ☐ 한국어 | ☐ 베트남어 |
| ☐ 중국어(간체) | ☐ 러시아어 | |

접근성 대체 형식으로 정보를 받아보시려면 하나를 선택해주세요.

- ☐ 점자 ☐ 큰 문자 ☐ 오디오 CD ☐ 데이터 CD

상기에 없는 접근성 대체 형식으로 정보를 받아 보시려면 고객 서비스에 (800) 452-4413 (TTY: 711)번으로 연락해 주세요. 당사는 매일 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다.

직장이 있으신가요? ☐ 예 ☐ 아니오 배우자가 직장이 있으신가요? ☐ 예 ☐ 아니오

1차 진료 의사(PCP), 클리닉 또는 의료 센터를 작성해 주세요:

주치의, 클리닉 또는 의료 센터 이름:

주치의, 클리닉 또는 의료 센터 ID 번호:

주치의, 클리닉 또는 의료 센터 그룹 이름:

현재 환자이신가요? ☐ 예 ☐ 아니오

이메일 주소:

휴대폰 번호:

위에 이메일 주소를 기재하시면 귀하의 플랜 관련 일부 통신문에 대하여 종이 없는 배송 방식에 자동 가입됩니다. 귀하에게 필요한 다양한 플랜 관련 통신문을 전자 방식으로 받아보게 됩니다. 새로운 통신문(예: 혜택 설명 또는 연간 변경 통지)이 온라인으로 제공되면 이메일을 보내드리겠습니다. 귀하는 컴퓨터, 태블릿, 휴대폰과 같은 장치를 통해 해당 통신문을 확인할 수 있습니다.

☐ 종이 없는 배송 대신 필요한 자료의 인쇄본을 우편으로 보내드립니다. 일부 통신문은 크기가 매우 커서 모든 우편함에 다 들어가지 않을 수 있다는 점에 유의하십시오. 언제든지 배송 기본 설정을 변경할 수 있습니다.

플랜 보험료 납부하기

매월 플랜 보험료(현재 해당하거나 발생할 수 있는 가입 연체금 포함)는 매월 우편으로 납부할 수 있습니다. 보험료가 있는 플랜의 경우 다음 결제 기한 일자 및 금액이 포함된 월별 청구서를 받거나 **사회보장 또는 Railroad Retirement Board(RRB) 연금에서 매월 자동 공제하도록 선택할 수도 있습니다.**

결제 옵션에 대해 자세히 알아보려면 blueshieldca.com/medicarewaystopay에 방문하시거나 또는 고객 서비스에 **(800) 452-4413 (TTY: 711)**번으로 전화하세요.

☐ 매월 사회보장 또는 Railroad Retirement Board(RRB) 연금 수표에서 자동 공제.

매월 다음 기관에서 연금을 받습니다: ☐ 사회 보장 ☐ RRB

(사회보장/Railroad Retirement Board 공제는 시작되기까지 2개월 이상 걸릴 수 있습니다. 대부분의 경우, 사회보장/Railroad Retirement Board가 자동 공제 신청을 허가했다면 사회보장/Railroad Retirement Board 연금 수표의 최초 공제에는 가입 발효일부터 원천징수가 시작되는 시점까지 지급해야 하는 모든 보험료가 포함될 것입니다. 만약 사회보장/Railroad Retirement Board가 귀하의 자동 공제 신청을 거부한 경우, 당사는 매월 보험료 청구서를 귀하에게 발송할 것입니다.)

파트 D-소득 관련 월간 조정 금액(파트 D-IRMAA)을 납부해야 하는 경우 플랜 보험료와 더불어 반드시 해당 추가 금액을 납부해야 합니다. 이 금액은 보통 사회보장연금에서 공제되거나, Medicare(또는 RRB)에서 청구서를 발송할 수 있습니다. Blue Shield of California에 파트 D-IRMAA를 납부하지 마십시오.

등록자가 양식 작성을 완료하도록 돕는 개인의 경우

등록자가 이 양식을 작성하는 데 도움을 주는 개인(예: State Health Insurance Program (SHIP, 주정부 건강 보험 지원 프로그램) 상담원, 가족 구성원 또는 기타 제3자)인 경우 이 섹션을 작성하세요.

이름: _____ 가입자와의 관계: _____
☐ SHIP 상담원 ☐ 공인 대리인
 서명: _____ ☐ 기타(제3자) ☐ 본인

보험판매사/작성한 판매 대리인 정보:

*은 필수 입력 항목을 나타냅니다.

지정 대리점 이름: _____
 (지정 대리점 이름을 정자체로 작성하세요)

지정 대리점 사업자등록번호*: _____
 (지정 대리점 사업자등록번호를 정자체로 작성하세요)

보험판매사/작성한 판매 대리인 이름*: _____
 (보험판매사/작성한 판매 대리인 이름을 정자체로 작성하세요)

보험판매사/작성한 판매 대리인 개인 NPN*: _____
 (보험판매사/작성한 판매 대리인 개인 NPN을 정자체로 작성하세요)

보험판매사/작성한 판매 대리인 전화번호: _____

보험판매사/작성한 판매 대리인 이메일 주소: _____

보험판매사/작성한 판매 대리인이 신청서를 접수한 날짜: _____

보험판매사/작성한 판매 대리인 서명: _____

본인의 서명으로, 이로써 CMS Medicare 커뮤니케이션과 마케팅 지침서와 가입 규정을 읽고 이해했음을 증명하며, 본 가입자가 가입 키트 전체를 받았음을 확인합니다. Blue Shield of California를 대신하여, 본 Medicare 수혜자의 가입이 규정을 준수하였음에 동의합니다.

Blue Shield of California는 Medicare 계약 및 California State Medicaid Program과 계약을 체결한 HMO D-SNP 플랜입니다. Blue Shield of California 가입은 계약 갱신에 따릅니다.

개인정보보호법

Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS, Medicare 및 Medicaid 서비스 센터)는 Medicare Advantage (MA) 플랜 수혜자 가입을 추적하고 서비스를 개선하고 Medicare 혜택에 대한 결제를 위해 Medicare 플랜이 제공하는 정보를 수집합니다. Social Security Act(사회보장연금법) 1851절과 42 연방규정집(CFR) §§ 422.50 및 422.60은 본 정보 수집에 권한을 부여합니다. CMS는 기록 통지 시스템(SORN) “Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)”, 시스템 번호 09-70-0588에 규정된 대로 Medicare 수혜자의 가입 정보를 사용, 공개, 교환할 수 있습니다. 본 양식 작성은 자발적입니다. 그러나 작성하지 않는 경우 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.

일반적으로, 연간 가입 기간인 매년 10월 15일에서 12월 7일에 사이에만 Medicare Advantage 플랜에 가입할 수 있습니다. 이 기간 외에 Medicare Advantage 플랜에 가입 가능한 예외가 있을 수 있습니다.

다음 제시문을 주의 깊게 읽고 적용되는 사항에 표시해주세요. 최대한 아는 대로 다음 칸에 표시해주세요. 이것으로 귀하가 가입 기간에 가입할 자격이 있다는 것을 증명합니다. 이 정보가 정확하지 않다고 판단될 경우, 귀하는 해지될 수 있습니다.

- ☐ 나는 Medicare에 새로 가입했다.
- ☐ 나는 Medicare Advantage 플랜 가입자이며 Medicare Advantage 정규 가입 기간(MA OEP)에 변경하고 싶다.
- ☐ 나는 최근에 내 현재 플랜 제공 지역 외로 이사했거나 최근 이사하여 본 플랜에 새로 가입 가능해졌다. 내가 이사한 것은 (날짜 월/일/연도 가입)이다
_____.
- ☐ 나는 최근에 석방되었다. 내가 석방된 것은 (날짜 월/일/연도 가입)이다
_____.
- ☐ 나는 최근에 미국 외의 국가에서 영구적으로 거주한 이후 미국으로 돌아왔다. 내가 미국에 돌아온 것은 (날짜 월/일/연도 가입)이다
_____.
- ☐ 나는 최근에 미국 내 합법적 거주 자격을 얻었다. 내가 이 자격을 얻은 것은 (날짜 월/일/연도 가입)이다
_____.
- ☐ 최근 나의 Medicaid에 변경 사항(Medicaid 신규 가입, Medicaid 보조 수준 변경, 또는 Medicaid 상실)이 생긴 것은 (날짜 월/일/연도 가입)이다
_____.
- ☐ 최근 나의 Medicare 처방 의약품 보장에 납부하는 Extra Help(저소득 보조금)에 변경 사항(Extra Help 신규 가입, Extra Help 수준 변경, 또는 Extra Help 상실)이 생긴 것은 (날짜 월/일/연도 가입)이다
_____.
- ☐ 나는 Medicare 및 Medicaid의 수혜자이거나 (또는 나의 주는 Medicare 보험료를 납부하는 데 도움을 준다) 나의 Medicare 처방 의약품 보장에 납부하는 Extra Help를 받지만 변경 사항이 없다.
- ☐ 나는 장기 요양 시설(예를 들어 요양원 및 장기 요양 시설)에 들어갈 예정이거나, 살고 있거나 최근 그곳에서 나왔다. 내가 시설로 이사한/이사할/시설에서 나온 것은 (날짜 월/일/연도 가입)이다
_____.

- ☐ 내가 최근 Program of All-Inclusive Care for the Elderly(PACE, 포괄적 노인 요양 프로그램)를 떠난 것은 (날짜 월/일/연도 기입)이다
- _____.
- ☐ 나는 최근 원치 않게 나의(Medicare 보장만큼 좋은)좋은 처방 의약품 보장을 잃었다. 내가 의약품 보장을 잃은 것은 (날짜 월/일/연도 기입)이다
- _____.
- ☐ 내가 고용주 또는 조합 보장을 탈퇴하는 것은 (날짜 월/일/연도 기입)이다
- _____.
- ☐ 나는 주에서 제공하는 약제 지원 프로그램에 속해 있다.
- ☐ 내 플랜이 Medicare와의 계약을 끝내거나, Medicare가 내 플랜과의 계약을 끝낸다.
- ☐ 나는 Medicare(또는 주)가 제공하는 플랜에 가입했으나 다른 플랜을 선택하고 싶다. 해당 플랜에 가입한 일자 (날짜 월/일/연도 기입)이다
- _____.
- ☐ 나는 Special Needs Plan(SNP, 특별 요구 플랜)에 가입되어 있었지만, 이 플랜에 필요한 특별 요구 자격 요건을 잃었다. 내가 SNP에서 가입 해지된 것은 (날짜 월/일/연도 기입)이다
- _____.
- ☐ 나는(Federal Emergency Management Agency (FEMA, 연방 비상 관리청)이나 연방, 주, 지방 정부 기관에서 선포한)비상사태 또는 주요 재난으로 인해 피해를 입었다. 여기 다른 제시문 중 하나가 나에게 해당되나, 재난으로 인해 가입할 수 없었다.
- ☐ 나는 초기 가입 기간(IEP)을 놓쳤다
- ☐ 나는 연간 가입 기간(AEP)을 놓쳤다
- ☐ 나는 최근 재정 문제로 인해 주 또는 지역 규제 당국에 의해 인수된 플랜에 가입되어 있다. 나는 다른 플랜으로 전환하고 싶다.
- ☐ 나는 지난 3년간 별점이 3개 미만인 플랜에 가입되어 있다. 나는 별점이 3개 이상인 플랜에 가입하고 싶다.
- ☐ 나는 Medicare에 새로 가입했고 Medicare 자격이 소급 적용되어 파트 A 및/또는 파트 B 발효일 이후에 Medicare 혜택을 받을 수 있다는 통지를 받았다.

상기 제시문 중 어떤 내용에도 해당하지 않거나 확신하지 못하는 경우 가입 자격을 확인하기 위해 Blue Shield of California에 **(888) 534-4263 (TTY: 711)**번으로 연락하거나 공인 대리인에게 문의해 주세요. 당사는 10월 1일부터 3월 31일까지는 매일 오전 8시부터 오후 8시까지 운영하며 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다.