



**메디케어 어드밴티지(MEDICARE ADVANTAGE) 플랜 (파트 C)에
등록하기 위한 개별 등록 요청 양식**

누가 이 양식을 사용할 수 있습니까?

메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하고자 하는 메디케어 수혜자

플랜에 가입하려면:

- 미국 시민이거나 합법적으로 미국에 거주해야 합니다.
- 플랜의 서비스 지역에 거주해야 합니다.

중요사항: 메디케어 어드밴티지 플랜에 가입하려면 다음 두 가지가 모두 있어야 합니다:

- 메디케어 파트 A (병원 보험)
- 메디케어 파트 B (일반의료 보험)

이 양식은 언제 사용합니까?

다음과 같은 상황에서 플랜에 가입하기 위해 이 양식을 사용할 수 있습니다.

- 매년 10 월 15 일 ~ 12 월 7 일 (1 월 1일부터 혜택이 적용됨)
- 메디케어를 처음 받은 후 3 개월 이내
- 가입 또는 플랜 전환이 허용되는 특정 상황

플랜에 가입 할 수 있는 시기에 대해 자세히 알아 보려면 Medicare.gov를 방문하십시오.

이 양식을 작성하려면 무엇이 필요합니까?

- 귀하의 메디케어 번호 (빨간색, 흰색 및 파란색 메디케어 카드에있는 번호)
- 귀하의 현주소 및 전화 번호

참고 : Section 1에 있는 항목은 모두 작성하십시오.

Section 2에 있는 항목은 선택 사항입니다, 작성하지 않았다고 해서 보장이 되지 않는 것은 아닙니다.

주의사항 :

- 가을 공개 등록 기간 (10 월 15 일 -12 월 7 일) 중에 플랜에 가입하려면 플랜은 12 월 7 일까지 양식을 작성해야 합니다.

- 귀하의 플랜에서 플랜의 보험료 청구서를 보내 드립니다. 귀하는 귀하의 은행 계좌 또는 월별 사회 보장 (또는 철도 퇴직 위원회) 혜택에서 보험료를 공제하도록 선택할 수 있습니다.

다음 단계는?

완료 및 서명된 양식을 다음 주소로 보내주십시오.
PO Box 22800
Long Beach, CA 90801
Attention: Enrollment Department

귀하의 가입 요청이 처리되면, 담당부서에서 연락을 드릴 것입니다.

이 양식에 대한 도움을 받으려면 어떻게 해야 합니까?

다음의 번호로 센트럴 헬스 메디케어 플랜에 문의하십시오:1-866-314-2427. TTY/TDD 사용자는 711 로전화하세요.
또는 1-800-MEDICARE로 메디케어에 문의하십시오. (1-800-633-4227). 1- 877-486-2048로 전화하세요.

En español:

Llame a Central Health Medicare Plan al 1-866-314-2427, TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

노숙을 하시는 분들

- 플랜에 가입하고 싶지만 영구 거주 주소가 없는 경우, 우체국 사서함, 보호소 또는 진료소의 주소, 또는 우편물을 받는 주소 (예: 사회 보장 수표)는 귀하의 영구 거주주소로 간주될 수 있습니다.

995년 문서 감소법에 따르면 유효한 OMB(관리예산국) 관리 번호가 표시되지 않는 한 정보 수집에 응답할 의무가 없습니다. 이 정보 수집에 대한 유효한 OMB 제어 번호는 0938-1378입니다. 이 정보를 작성하는 데 필요한 시간은 지침 검토, 기존 데이터 리소스 검색, 필요한 데이터 수집, 정보 수집 완료 및 검토 시간을 포함하여 응답당 평균 20분이 소요될 것으로 추정됩니다. 예상 소요 시간의 정확성에 대한 의견이나 이 양식을 개선하기 위한 제안 사항이 있는 경우, 다음 주소로 보내주십시오 : CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

중요사항
이 양식이나 개인 정보 (예: 청구, 지불, 의료 기록 등)가 포함된 항목을 PRA 신고 처리 사무소로 보내지 마십시오. 이 양식을 개선하는 방법이나 수집 부담(OMB 0938-1378에 설명됨)에 관한 것이 아닌 모든 항목은 폐기됩니다. 보관, 검토 또는 계획으로 전달되지 않습니다. 완성된 양식을 플랜으로 보내려면 이 페이지의 "다음 단계는?"을 참조하십시오.



Section 1 - 이 페이지의 모든 항목은 필수입니다(선택 사항으로 표시되지 않은 경우).

당신이 가입하고 싶은 플랜을 선택하십시오:

MAPD

- Central Health Classic Care Plan I (HMO) 027 (LA/OC/RS/SB/SD) 월 \$0
- Central Health Classic Care Plan II (HMO) 028 (AL/CC/FR/IM/KE/KI/MA/PL/SA/SF/SJ/SM/SC/SO/ST/TU/YO) 월 \$0
- Central Health Jade Plan (HMO) 022 (LA) 월 \$0
- Central Health Medicare Plan (HMO) 001 (LA/OC/RS/SB) 월 \$0
- Central Health Premier Plan I (HMO) 023 (AL/CC/FR/SF/SJ/SC/SO) 월 \$0
- Central Health San Mateo Medicare Plan (HMO) 018 (SM) 월 \$0
- Central Health Ventura Medicare Plan (HMO) 008 (VC) 월 \$0

MA

- Central Health Valor Care Plan (HMO) 030 (FR/IM/KE/KI/LA/MA/OC/RS/SA/SB/SD/SF/SJ/SM/SC/TU) 월 \$0

Part B Savings

- Central Health Part B Savings Plan (HMO) 029 (LA/OC/RS/SB/SD) 월 \$0
- Central Health Savings Plan (HMO) 019 (LA/OC/RS/SB) 월 \$0

C-SNP

- Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-1 (LA/OC/RS/SB/SD) 월 \$0
- Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-2 (AL/CC/FR/IM/KE/KI/MA/PL/SA/SF/SJ/SM/SC/SO/ST/TU/YO) 월 \$0
- Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 026-1 (LA/OC/RS/SB/SD) 월 \$13.40
- Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 026-2 (AL/CC/FR/IM/KE/KI/MA/PL/SA/SF/SJ/SM/SC/SO/ST/TU/YO) 월 \$13.40
- Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) 006 (AL/CC/FR/LA/OC/SB/SJ/SC) 월 \$0

D-SNP

- Central Health Medi-Medi Plan I (HMO D-SNP) 002 (LA/RS/SA/SB/SD) 월 \$13.60

성:	명:	중간 이니셜:
----	----	---------

생년월일: (월 일 년) ___/___/_____	성별: <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	전화 번호: (____) _____ - _____
--------------------------------	--	--------------------------------

영구 거주 주소: (PO Box (사서함 번호)는 입력하지마십시오.) 참고: 노숙 상태에 있는 개인의 경우, PO Box를 영구 거주 주소로 간주될 수 있습니다.

시:	카운티(선택):	주:	우편 번호:
----	----------	----	--------

우편 받을 주소, 만약 영구 거주 주소와 다른 경우 (PO Box (사서함 번호)를 사용하실 수 있습니다):

거리 주소: _____

시: _____ 주: _____ 우편 번호: _____

당신의 메디케어 정보
메디케어 번호: _____ - _____ - _____

Section 1 - 이 페이지의 모든 항목은 필수입니다(선택 사항으로 표시되지 않은 경우).

다음의 중요한 질문들에 대해 주십시오:

센트럴 헬스 메디케어 플랜 외에 다른 처방약 보험(예: VA / TRICARE)을 가질 것입니까?

네 아니오

다른 보험의 이름: _____ 이 보험의 ID #: _____ 이 보험의 그룹 #: _____

주 메디케이드(Medi-Cal) 프로그램에 가입되어 있나요?

네 아니오

메디케이드(Medi-Cal) 번호: _____

센트럴 헬스 엠브레이스 케어 플랜(HMO C-SNP) 025-1, 센트럴 헬스 엠브레이스 케어 플랜(HMO C-SNP) 025-2, 센트럴 헬스 엠브레이스 초이스 플랜(HMO C-SNP) 026-1, 센트럴 헬스 엠브레이스 초이스 플랜(HMO C-SNP) 026-2, 센트럴 헬스 포커스 플랜(HMO C-SNP) 006 조건의 자격을 갖추려면 다음을 충족해야 합니다.

다음 중 한 가지 진단을 받으셨나요? 해당되는 모든 항목에 체크해 주세요.

당뇨병 울혈성 심부전 심혈관 질환

신청서를 제출하기 전에 이 양식에 포함된 사전 등록 자격 평가 도구(PQAT)도 작성해 주세요. PQAT는 등록 양식과 함께 제출해야 합니다.

중요사항: 읽은 후 아래에 서명하십시오:

- 센트럴 헬스 메디케어 플랜(Central Health Medicare Plan)을 유지하려면 병원보험 (메디케어 파트 A) 과 일반 의료보험 (메디케어 파트 B)를 모두 유지해야 합니다
- 이 메디케어 어드밴티지 플랜 (Medicare Advantage Plan)에 가입함으로써 본인은 센트럴 헬스 메디케어 플랜 (Central Health Medicare Plan)이 본인의 정보를 메디케어 (Medicare)와 공유할 것임을 인정합니다. 메디케어는 이 정보를 사용하여 등록을 추적하고, 금액을 지불하며, 또한 이 정보의 수집을 승인하는 연방법이 허용하는 범위 내에서 기타 목적으로 사용할 수 있습니다. (아래 개인 정보 보호법 정책을 참조하십시오) 이 양식에 대한 응답은 자발적입니다. 그러나 응답하지 않을 경우 플랜 등록에 영향을 미칠 수 있습니다.
- 본인은 한 번에 하나의 MA 플랜에만 가입할 수 있는 것으로 알고 있습니다. 그리고 이 플랜에 가입하면 다른 MA 플랜의 가입이 자동으로 종료된다는 것을 이해합니다. (MA PFFS, MA MSA 플랜에는 예외 적용).
- 본인은 센트럴 헬스 메디케어 플랜 (Central Health Medicare Plan) 혜택이 시작될 때 센트럴 헬스 메디케어 플랜 (CHMP)에서 모든 의료 및 처방약 혜택을 받아야한다는 것을 이해합니다. 센트럴 헬스 메디케어 플랜에서 제공하는 본인의 센트럴 헬스 메디케어 플랜 “혜택 증명” 문서 (회원 계약 또는 가입자 계약이라고도 함)에 포함 된 혜택 및 서비스가 적용됩니다. 메디케어와 센트럴 헬스 메디케어 플랜은 보장되지 않는 혜택이나 서비스에 대해 지불하지 않습니다.
- 이 등록 양식의 정보는 본인이 아는 한 정확합니다. 본인은 이 양식에 고의로 허위 정보를 제공할 경우 플랜에서 탈퇴 될 것임을 이해합니다.
- 본인은 이 신청서에 대한 나의 서명 (또는 나를 대리할 법적 권한이있는 사람의 서명)이 이 신청서의 내용을 읽고 이해했음을 의미함을 이해합니다. 권한을 위임받은 대리인이 서명한 경우 (위에 설명 된대로) 이 서명은 다음을 증명합니다. 1) 이 사람은 주법에 따라 이 등록을 완료할 권한이 있습니다. 2) 이 권한에 대한 문서는 메디케어 (Medicare)의 요청에 따라 제공됩니다.

서명:

오늘 날짜:

권한이 있는 대리인인 경우, 위에 사인을 하고 다음 항목에 답하십시오:

이름:

주소:

전화 번호:

등록자와의 관계:

Section 2-모든 항목은 선택사항입니다

다음 질문에 대한 답변은 당신의 선택입니다. 답변하지 않았다고 해서 보험 적용을 받지 못하는 것은 아닙니다.

히스패닉, 라틴계 또는 스페인 출신이신가요? 해당되는 항목을 모두 선택하세요.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 아니요, 히스패닉, 라틴계 또는 스페인 출신이 아닙니다. | <input type="checkbox"/> 예, 멕시코인, 멕시코계 미국인, 차카노입니다. |
| <input type="checkbox"/> 예, 푸에르토 리코인 입니다. | <input type="checkbox"/> 예, 쿠바인 입니다. |
| <input type="checkbox"/> 예, 다른 히스패닉, 라틴계 또는 스페인 출신입니다. | <input type="checkbox"/> 답을 하지 않습니다. |

당신의 인종은 무엇입니까? 해당되는 모든 것들을 고르세요.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민 | <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 |
| 아시아 사람: | 하와이 원주민 및 태평양 섬 주민: |
| <input type="checkbox"/> 인디언인 | <input type="checkbox"/> 괌 또는 차모로인 |
| <input type="checkbox"/> 중국인 | <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 |
| <input type="checkbox"/> 필리핀인 | <input type="checkbox"/> 사모아인 |
| <input type="checkbox"/> 일본인 | <input type="checkbox"/> 기타 태평양 섬 주민 |
| <input type="checkbox"/> 한국인 | <input type="checkbox"/> 백인 |
| <input type="checkbox"/> 베트남인 | <input type="checkbox"/> 답을 하지 않습니다. |
| <input type="checkbox"/> 다른 아시아 사람 | |

성별은 무엇인가요? 하나를 선택하세요.

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 여성 | <input type="checkbox"/> 다른 용어를 사용하겠습니다: _____ |
| <input type="checkbox"/> 남성 | <input type="checkbox"/> 답을 하지 않습니다. |
| <input type="checkbox"/> 비바이너리 | |

다음 중 자신을 어떻게 생각하는지 가장 잘 나타내는 것은 무엇인가요? 하나를 선택하세요.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 레즈비언 또는 게이 | <input type="checkbox"/> 다른 용어를 사용하겠습니다: _____ |
| <input type="checkbox"/> 이성애자, 즉 게이 또는 레즈비언이 아님 | <input type="checkbox"/> 모르겠습니다. |
| <input type="checkbox"/> 양성애자 | <input type="checkbox"/> 답을 하지 않습니다. |

영어 이외의 언어로 정보를 보내길 원하시면 하나를 선택하세요.

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 아랍어 | <input type="checkbox"/> 한국어 |
| <input type="checkbox"/> 아르메니아어 | <input type="checkbox"/> 편자브어 |
| <input type="checkbox"/> 캄보디아어 | <input type="checkbox"/> 러시아어 |
| <input type="checkbox"/> 중국어 | <input type="checkbox"/> 스페인어 |
| <input type="checkbox"/> 페르시아어 | <input type="checkbox"/> 타갈로그어 |
| <input type="checkbox"/> 몽골어 | <input type="checkbox"/> 베트남어 |

신청자 이름: _____

Section 2-모든 항목은 선택사항입니다

접근 가능한 형식으로 정보를 보내려면 하나를 선택하세요.

점자 대형 인쇄물 오디오 CD 데이터 CD

위에 나열된 것 이외의 접근 가능한 형식의 정보가 필요한 경우 1-866-314-2427(TTY: 711)번으로 센트럴 헬스 메디케어 플랜에 문의하시기 바랍니다. 업무 시간은 주 7일(10월 1일~3월 31일) 및 월~금요일(4월 1일~9월 30일) 오전 8시~오후 8시(PT)입니다.

당신은 직업이 있습니까? 예 아니오

당신의 배우자는 직업이 있습니까? 예 아니오

주치의(PCP), 진료소 또는 건강 센터를 나열하세요:

기존 회원이십니까? 예 아니오

주치의(PCP) NPI#:

의료 그룹/IPA 이름:

주치의(PCP) 주소:

시: _____ 카운티: _____ 주: _____ 우편 번호: _____

다음 자료를 이메일로 받고 싶습니다.

회원 커뮤니케이션/문서

이메일 주소: _____

귀하의 플랜 보험료 지불하기

매월 우편이나 전자 자금 이체(EFT)를 통해 월간 플랜 보험료(현재 납부해야 하는 연체료 포함)를 납부할 수 있습니다. 또한, 매월 사회보장 또는 철도 퇴직 위원회(RRB) 혜택에서 자동으로 인출되도록 선택하여 보험료를 납부할 수도 있습니다. **파트 D 소득 관련 월별 조정 금액(파트 D-IRMAA)을 지불해야 하는 경우, 플랜 보험료 외에 이 추가 금액을 지불해야 합니다.** 이 금액은 일반적으로 사회보장 혜택에서 공제되거나, 메디케어(또는 RRB)로부터 계산서를 받을 수 있습니다. 파트 D-IRMAA를 센트럴 헬스 메디케어 플랜에 지불하지 마십시오.

결제 옵션을 선택하지 않으면 달마다 계산서를 받게 됩니다.

보험료 결제 옵션을 선택하세요:

계산서 받기

월별 사회보장급여 수표에서 자동 공제

월별 철도퇴직위원회(RRB) 급여 수표에서 자동 공제

EFT 결제

계좌 소유자 이름: _____ 계좌 유형: 당좌 예금 계좌 저축 계좌

계좌번호: _____ 계정 라우팅 번호: _____

신청자 이름: _____

등록자가 이 양식을 작성하도록 도와주는 개인만 해당됩니다.

등록자의 이 양식 작성을 돕는 개인(예: 대리인, 브로커, SHIP 상담원, 가족 또는 기타 제3자)인 경우 이 섹션을 작성하세요.

이름: _____ 등록자와의 관계: _____

서명: _____ 국가 설계사 번호(대리인/중개인만 해당): _____

대리인은 작성한 가입 양식 및 관련 서류를 **1-844-541-6848** 로 팩스로 보낼 수 있습니다.

등록 접수 날짜는 요청이 이루어진 선택 기간을 결정하는 데 사용되며, 이에 따라 보장 효력 발생 날짜가 결정됩니다.

Licensed Representative/Office Use Only:

Name of Staff Member/Agent/Broker/Licensed Representative (if assisted in enrollment):

Effective Date of Coverage: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ OEP: _____ SEP: _____ LIS: _____ NOT ELIGIBLE: _____

개인정보 보호법 정책

메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(CMS)는 메디케어 어드밴티지(MA) 플랜의 수혜자 등록을 추적하고 치료를 개선하며 메디케어 혜택 지급을 위해 메디케어 플랜에서 정보를 수집합니다. 사회보장법 1851조와 42 CFR § 422.50 및 422.60은 이 정보의 수집을 승인합니다. CMS는 SORN (System of Records Notice) “MARx (Medicare Advantage Prescription Drug)”, 시스템 번호 09-70-0588에 명시된대로 Medicare 수혜자의 등록 데이터를 사용, 공개 및 교환 할 수 있습니다. 이 양식에 대한 귀하의 답변은 자발적입니다. 그러나 답변하지 않을 경우 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.

센트럴 헬스 메디케어 플랜은 메디케어 계약이 체결된 HMO/HMO SNP입니다. 센트럴 헬스 메디케어 플랜 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다.