



가입 전 체크리스트

가입 결정을 내리기 전에 저희의 혜택과 규칙을 완전히 이해하는 것이 중요합니다. 문의 사항이 있으시면 주 7일 오전 8시~오후 8시 (태평양 표준시) 에 1-866-314-2427번(TTY 711)으로 연락하여 고객 서비스 담당자에게 문의하십시오.

혜택 이해하기

- EOC(Evidence of Coverage)는 모든 보장 및 서비스의 전체 목록을 제공합니다. 가입하기 전에 플랜 보장 범위, 비용 및 혜택을 검토하는 것이 중요합니다. 방문하다 EOC 사본을 보려면 www.centralhealthplan.com 또는 1-866-314-2427, TTY 711로 전화하십시오.
- 제공자 명부를 검토하여(또는 의사에게 문의하여) 현재 보고 있는 의사가 네트워크 소속인지 확인하십시오. 제공자가 목록에 없으면 새 의사를 선택해야 할 가능성이 높다는 의미입니다.
- 약국 명부를 검토하여 처방약을 위해 사용하고 있는 약국이 네트워크 소속인지 확인하십시오. 약국이 목록에 없으면 처방전을 위해 새 약국을 선택해야 할 가능성이 큽니다.
- 처방집을 검토하여 귀하의 약이 보장되는지 확인하십시오.

중요한 규칙 이해하기

- 월 플랜 보험료 외에도 귀하는 Medicare Part B 보험료를 계속 지불해야 합니다. 이 보험료는 일반적으로 매달 귀하의 사회 보장 수표 금액에서 차감됩니다. Central Health Focus 플랜 (HMO) 또는 Central Health Savings 플랜(HMO)에 가입하는 경우 Part B 보험료 금액 할인을 받을 자격이 있습니다.
- 혜택, 보험료 및/또는 코페이/공동 보험액은 2024년 1월 1일에 변경될 수 있습니다. 응급 또는 긴급 상황을 제외하고 저희는 네트워크 외부 제공자(제공자 명부에 나와 있지 않은 의사)의 서비스를 보장하지 않습니다.
- Central Health Focus 플랜(HMO C-SNP)에 가입하는 경우 이 플랜은 만성 질환 특별 관리 플랜(Chronic Condition Special Needs Plan, C-SNP)임을 유의하십시오. 귀하의 가입 능력은 귀하에게 자격이 되는 특정 중증 또는 장애가 되는 만성 질환이 있다는 확인을 기반으로 합니다.
- Central Health Ventura Medi-Medi 플랜(HMO D-SNP)에 등록하는 경우에만 적용 가능: 이 플랜은 이중 적격 특별 요구 플랜(D-SNP)입니다. 귀하의 등록 능력은 귀하가 Medicaid에 의거한 주 플랜으로부터 Medicare 및 의료 지원을 모두 받을 자격이 있다는 확인을 기반으로 합니다.
- 현재 적용 범위에 미치는 영향. 새로운 Medicare 보장이 시작되면 현재 의료 보장이 종료됩니다. 예를 들어, Tricare 또는 Medicare 플랜에 가입되어 있는 경우 새 보장이 시작되면 더 이상 해당 플랜의 혜택을 받을 수 없습니다.



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 1 일부터
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.-당신이 답을 하지 않는다고 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 작성한 양식을 받아야 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.

양식을 작성한 후에는 어떻게 하나요?

완료 및 서명된 양식을 다음 주소로
보내주십시오.

PO Box 14248
Orange, CA 92863
Attention: Enrollment Department
Fax: 626-388-2371

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.
또는 1-800-MEDICARE로 메디케어에
문의하십시오.
(1-800-633-4227). TTY 사용자는
1-877-486-2048.

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 2 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: 소셜 시큐리티 수표)는 귀하의 영구
거주 주소로 간주될 수 있습니다.

1995년 문서 감소법에 따르면 유효한 OMB(관리예산국) 관리 번호가 표시되지 않는 한 정보 수집에 응답할 필요가 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 20 분으로 추정됩니다. 예상 시간의 정확성에 대한 의견이나 이 양식을 개선하기 위한 제안 사항이 있는 경우, 다음 주소로 편지를 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 보고서 정리 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 어떻게 됩니까?"를
참조하십시오.



Section 1-이 페이지에 있는 항목은 필수 항목입니다. (선택사항이라는 표시가 없으면)

당신이 가입하고 싶은 플랜을 선택하십시오:

- 센트럴 헬스 메디케어 플랜 (HMO) 001 (LA/SB/RS/OC) 월 \$0
- 센트럴 헬스 포커스 플랜 (HMO C-SNP) 006 (FR/SC/AL/CC/SJ/LA/SB/OC) 월 \$0
- 센트럴 헬스 절약 플랜 (HMO) 019 (LA/SB/RS/OC) 월 \$0
- 센트럴 헬스 프리미어 플랜 I (HMO) 020-1 (LA/SC/SJ/FR/AL/CC) 월 \$0
- 센트럴 헬스 프리미어 플랜 I (HMO) 020-2 (SB/RS/OC) 월 \$41
- 센트럴 헬스 프리미어 플랜 II (HMO) 021-1 (SB/RS/OC) 월 \$0
- 센트럴 헬스 프리미어 플랜 II (HMO) 021-2 (LA/SC/SJ/FR/AL/CC) 월 \$41
- 센트럴 헬스 벤투라 메디케어 플랜(HMO) 008 (VC) 월 \$0
- 센트럴 헬스 벤투라 메디메디 플랜 (HMO D-SNP) 009 (VC) 월 \$41
- 센트럴 헬스 산 마태오 메디케어 플랜 (HMO) 018 (SM) 월 \$0

성:	이름:	중간 이니셜:
----	-----	---------

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

영구 거주 주소: (PO Box (사서함 번호)는 입력하지마십시오)

시:	카운티:	주:	우편 번호:
----	------	----	--------

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

주소:	시:	주:	우편 번호:
-----	----	----	--------

당신의 메디케어 정보

메디케어 번호: _____ - _____ - _____

다음의 중요한 질문들에 대해 주십시오:

센트럴 헬스 메디케어 플랜 이외에 다른 약 처방 보험(VA, TRICARE와 같은)을 가질 것입니까?

예 아니오

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

귀하는 귀하의 주 메디케이드 프로그램에 등록되어 있습니까? 예 아니오

만약 "예"라고 대답하셨다면, 다음 정보를 제공하십시오:

메디케이드 번호: _____ 생년월일: _____

귀하는 심장 혈관 질환, 만성 심부전 (CHF) 및 / 또는 당뇨병이 있습니까? 예 아니오

Section 1-이 페이지에 있는 항목은 필수 항목입니다. (선택사항이라는 표시가 없으면)

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.
- 한 번에 하나의 MA 플랜에만 등록할 수 있는 것으로 알고 있습니다 - 그리고 이 플랜에 등록하면 다른 MA 플랜에 대한 등록이 자동으로 종료됩니다. (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 내가 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:
-----	--------

만약 당신이 위임 대표자라면, 위에 사인을 하고 다음 항목에 답하십시오:

이름:	주소:
전화 번호:	등록자와의 관계:

Section 2-모든 항목은 선택사항입니다

다음 항목에 답하는 것은 당신의 선택입니다. 당신이 답을 하지 않는다고 해서 보장이 되지 않는 것은 아닙니다.

당신은 히스패닉, 라틴계, 아니면 스페인 출신입니까? 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 아니요, 히스패닉, 라틴계 또는 스페인 출신이 아닙니다. | <input type="checkbox"/> 예, 멕시코인, 멕시코계 미국인, 치카노입니다 |
| <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 않겠습니다. |

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 선택하지 않겠습니다.. |
| <input type="checkbox"/> 다른 동양인 | |

Section 2-모든 항목은 선택사항입니다	
<p>당신이 선호하는 언어는 무엇입니까? _____</p> <p>만약 영어 이외의 다른 언어로 된 정보를 당신에게 보내주기를 원하면, 다음에서 한가지를 선택하십시오. <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 중국어 <input type="checkbox"/> 베트남어 <input type="checkbox"/> 한국어</p> <p>만약 접근 가능한 형식의 정보를 당신에게 보내주기를 원하면, 다음에서 한가지를 선택하십시오. <input type="checkbox"/> 점자 <input type="checkbox"/> 큰 활자 <input type="checkbox"/> 오디오 CD</p> <p>다른 형식 또는 위에 표시된 것 외의 언어로 된 정보를 원하시는 경우, 센트럴 헬스 메디케어 플랜, 1-866-314-2427로 연락하시기 바랍니다. 저희 사무실의 근무 시간은 주 7일, 오전 8시 - 오후 8 시 까지입니다 (TTY 사용자는 711로 전화하셔야 합니다).</p>	
Section 2-모든 항목은 선택사항입니다	
당신은 직업이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	당신의 배우자는 직업이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
주치의(PCP)의 이름 그리고 의사 그룹을 선택하십시오:	
주치의 이름:	
의사 그룹:	주치의 ID#: _____ <input type="checkbox"/> 기존의 환자입니까?
델타 케어 치과 USA 공급자의 이름을 선택하십시오:	
시설 또는 치과 의사의 이름:	
시설ID#: _____	시: _____
귀하의 플랜 보험료 지불하기	
<p>보험료 (현재 가지고 있거나 지불해야 할 가입 연체에 따른 벌과금 포함)를 매달 우편으로 지불 할 수 있습니다. 또한 보험료를 매달 사회 보장(Social Security) 또는 철도 퇴직 위원회 (Railroad Retirement Board: RRB) 혜택에서 자동이체 되도록 선택할 수도 있습니다.</p> <p>파트 D 소득 관련 월별 조정 금액 (파트 D-IRMAA)을 지불해야 하는 경우, 플랜 보험료와 함께 추가 금액을 지불해야 합니다. 금액은 일반적으로 사회 보장 혜택에서 공제 되거나 또는 메디케어 (또는 RRB)에서 청구서를 받을 수 있습니다. 센트럴 헬스 메디케어 플랜 (Central Health Medicare Plan)에 파트 D-IRMAA를 지불하지 마십시오</p> <p>만약 귀하가 지불 옵션을 선택하지 않으면, 매달 청구서를 받게 될 것입니다. 프리미엄 지불 옵션을 선택 하십시오:</p> <p><input type="checkbox"/> 월 청구서 받기 <input type="checkbox"/> 매월 소셜 시큐리티(SSA) 또는 철도 퇴직 위원회(RRB)의 수표에서 자동으로 공제하기. <input type="checkbox"/> 소셜 시큐리티(SSA) <input type="checkbox"/> 철도 퇴직(RRB)</p>	
개인 정보 보호법 성명	
<p>메디케어 및 메디케이드 서비스 센터 (CMS)는 메디케어 어드밴티지 (MA) 플랜의 수혜자 등록을 추적하고 치료를 개선하며 메디케어 혜택 지불을 위해 메디케어 플랜에서 정보를 수집합니다. 사회 보장법의 섹션 1851 및 1860D-1과 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 응답은 자발적입니다. 그러나 응답하지 않으면 플랜 등록에 영향을 미칠 수 있습니다.</p>	

등록 기간에 대한 자격 증명

일반적으로, 매년 10월 15일부터 12월 7일까지의 연간 등록 기간 동안에만 메디케어 어드밴티지 플랜에 등록할 수 있습니다. 이 기간 외에 메디케어 어드밴티지 플랜에 등록할 수 있도록 허용하는 예외가 있을 수 있습니다.

다음의 진술들을 주의깊게 읽은 후 귀하에게 해당하는 항목 옆의 상자에 체크해 주시기 바랍니다. 다음 상자 중 하나를 선택함으로써, 귀하가 아는 한, 귀하가 등록 기간에 대해 적격하다는 것을 입증하게 됩니다. 저희가 나중에 이 정보가 부정확하다고 판단할 경우, 귀하는 탈퇴될 수 있습니다.

나는 메디케어의 신입 회원입니다.

나는 메디케어 어드밴티지 플랜에 등록되어 있으며 메디케어 어드밴티지 등록 기간 (MA OEP) 중에 변경하기 원합니다.

나는 최근에 내 현 플랜의 서비스 영역 밖으로 이사했거나, 또는 최근에 이사하여 이 플랜이 내게 새로운 옵션으로 주어졌습니다. 나는 (날짜 기입) _____ / _____ / _____. 에 이사했습니다.

나는 최근 석방되었습니다. 나는 이 날짜에 석방되었습니다. (날짜 기입) _____ / _____ / _____. 에

나는 미국 밖에서 영구적으로 거주하다가 최근에 미국으로 돌아왔습니다. 나는 미국에 돌아왔습니다. (날짜 기입) _____ / _____ / _____. 에

나는 최근에 미국에서 합법적 신분을 획득했습니다. 나는 (날짜 기입) _____ / _____ / _____. 에 이 신분 상태가 되었습니다.

최근 나의 메디케이드에 변화가 있었습니다. (새로 메디케이드를 받거나, 메디케이드 보조 수준이 변경되거나, 메디케이드를 상실했다.) 변화된 날짜는 (날짜 기입) _____ / _____ / _____. 에

나는 최근 메디케어 처방약 추가 도움에 관하여 변화가 있습니다. (새로 추가 도움을 받거나, 추가 도움 수준이 변경되거나, 추가 도움을 받지 못함) (날짜 기입) _____ / _____ / _____. 에

나는 메디케어와 메디케이드가 둘 다 있습니다. (또는, 주에서 내 의료 보험료를 지불하는데 도움을 주고 있다) 또는 나는 메디케어 처방약 보험료를 지불하는데 추가 도움을 받지만 변경 사항이 없습니다.

나는 장기 보호 시설(예: 양로원 또는 장기 요양 시설)로 옮겨 가려 하거나, 장기 보호 시설에 현재 살고 있거나, 최근에 장기 보호 시설에서 나왔습니다. (날짜 기입) _____ / _____ / _____ 부터 _____ / _____ / _____ 까지

나는 최근 PACE 프로그램에서 탈퇴했습니다. (날짜 기입) _____ / _____ / _____. 에

나는 최근 본의 아니게 나의 믿을 만한 처방약 보험 (메디케어만큼이나 좋은 보험) 을 상실했습니다. 나는 나의 약에 대한 보험을 상실했습니다. (날짜 기입) _____ / _____ / _____. 에

나는 고용주 또는 조합 보험을 탈퇴하게 됩니다. (날짜) _____ / _____ / _____ 부터.

나는 주에서 제공하는 약국 지원 프로그램에 속해 있습니다.

내 플랜이 메디케어와의 계약을 종료 하거나, 또는 메디케어가 내 플랜과의 계약을 종료하려 합니다.

나는 메디케어(또는 주)에 의해 등록되었고, 그리고 나는 다른 플랜을 선택하고 싶습니다. 그 플랜에 등록이 시작되었습니다. (날짜 기입) _____ / _____ / _____. 에

나는 스페셜티플랜(SNP)에 가입되어 있었으나 플랜의 요구 조건 미충족으로 회원 지위를 상실하였습니다. 나는 (날짜 기입) _____ / _____ / _____. 에 SNP에서 탈퇴되었습니다.

등록 기간에 대한 자격 증명

본인은FEMA (Federal Emergency Management Agency) 또는연방 정부, 주 정부 또는 지방 정부 기관에
서 선언한 비상 사태나 큰 재난의 영향을 받았습니다. 여기에 있는 다른 진술들 중에 하나가 본인에게 적용
되었지만 재난 때문에 등록 요청을 할 수 없었습니다.
FEMA 관련 사건으로 인해 놓친 가입 기간: _____

이 진술들 중 어느 것도 귀하에게 해당하지 않거나 또는 해당 여부에 대해 확실하지 않은 경우,
센트럴 헬스 메디케어 플랜, 1-866-314-2427(TTY 사용자는 711) 번으로 연락하셔서 귀하의 등록 자격 여
부를 알아 보시기 바랍니다. 저희의 근무 시간은 주 7일, 오전 8시 - 오후 8시까지입니다.

커뮤니케이션 기본 설정

이메일 주소(선택사항): _____

귀하의 이메일을 제공함으로써 귀하는 플랜이 귀하의 건강 관리 또는 건강 플랜과 직접 관련된 개인화된 이메일을 보내는것에 동의하는 것입니다.*

*언제든지 수신거부 할 수 있습니다.

전자 자료에 대한 수신동의: 건강 플랜 자료를 전자 형식으로 보내주십시오.

- 보장 범위의 증거 처방집
 의사 명단 기타 필수 자료

문자를 받고자 하는 휴대폰 번호는 무엇입니까? (선택 사항)

(_ _) _ _ _ - _ _ _ _

휴대폰 번호를 제공함으로써 귀하는 플랜이 귀하의 건강 관리 또는 건강 플랜과 직접 관련된 개인화된 메시지를 보내는것에 동의하는 것입니다. 여기에는 혜택 정보와 건강 및 웰니스 정보가 포함될 수 있습니다.*

*언제든지 수신거부 할 수 있습니다. 메시지 및 데이터 요금이 SMS에 적용될 수 있습니다.

Agent / Broker Information:

Please Read and Sign Below:

- I am licensed and certified by Central Health Medicare Plan to market and sell the plan
- I have provided a complete and accurate explanation to the beneficiary of the plan's eligibility requirements, benefits, and restrictions, with particular emphasis on the beneficiary's needs
- I have reviewed the application in its entirety to ensure that all fields are complete and accurate to my knowledge

Name of Agent / Broker (if assisted in enrollment): _____

FMO (if applicable): _____

Agent / Broker Signature (if assisted in enrollment): _____

CA Insurance License No: _____ National Producer Number (NPN): _____

Application Received Date: ____ / ____ / ____ **Proposed Effective Date:** ____ / ____ / ____

Please note: Completed applications must be faxed to Enrollment Department at 626-388-2371 within 24 hours of receipt by the broker.

Central Health Medicare Plan Office Use Only

Effective Date of Coverage: _____

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