

신청서는 누가 사용할 수 있나요?

Medicare 가입자로서 Medicare Advantage 플랜에 가입하려는 개인

플랜 가입 자격:

- 미국 시민권자 또는 합법적인 미국 거주자
- 플랜의 서비스 지역에 거주

중요: Medicare Advantage 플랜에 가입하려면 다음 두 가지를 모두 가지고 있어야 합니다.

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

신청서는 언제 사용하나요?

플랜에 가입할 수 있는 시기:

- 매년 10월 15일~12월 7일(1월 1일부터 보장 개시)
 - Medicare 최초 가입일로부터 3개월 이내
 - 플랜 가입 또는 전환이 허용된 특별한 상황
- 플랜 가입이 가능한 시기에 대한 자세한 정보는 Medicare.gov를 방문하여 확인해 주십시오.

신청서를 작성할 때 무엇이 필요한가요?

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

참고: 섹션 1의 모든 항목을 작성해야 합니다. 섹션 2의 항목은 선택 항목입니다. 이 섹션을 작성하지 않아도 보장을 받을 수 있습니다.

안내:

- 가을 공개 가입 기간(10월 15일~12월 7일) 중 플랜에 가입하려면 12월 7일까지 작성한 양식을 플랜에 제출해야 합니다.
- 플랜이 보험료 청구서를 발송해 드릴 것입니다. 보험료는 은행 계좌에서 인출되도록 하거나, 월간 사회보장(또는 철도원 퇴직 위원회) 혜택에서 차감되도록 요청할 수 있습니다.

향후 진행 절차

작성하고 서명한 신청서를 다음으로 보내 주십시오.

Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP)

Attention: Enrollment
PO Box 60874
Pasadena, CA 91116

이메일: Enrollmentunit@imperialhealthplan.com
가입 신청서가 처리되면 연락드리겠습니다.

신청서 작성과 관련된 도움은 어떻게 받을 수 있나요?

Imperial Health Plan에 1-800-838-5197(TTY: 번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711로 전화하십시오. 또는 Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오.

En español: Llame a Imperial Health Plan al 1-800-838-5197/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y optima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

노숙자

- 플랜에 가입하고 싶지만 주 거주지가 없는 경우, 사서함, 보호소 또는 클리닉의 주소 또는 우편물을 받는 주소(예: 사회보장연금 수표)를 주 거주지 주소로 사용할 수 있습니다.

중요

PR A Reports Clearance Office에 연락할 때 이 양식이나 기타 문서에 보상 청구서, 결제, 의무 기록 등과 같은 개인정보가 포함되지 않도록 해 주십시오. 본 신청서나 양식 수집 업무의 개선 방법과 관련이 없는 모든 문서는 폐기되며(OMB 0938-1378 참조), 보관 또는 검토되거나, 플랜에 전달되지 않습니다. 작성한 양식을 플랜으로 보내려면 이 페이지의 “그 다음에 할 일?”을 참조해 주십시오.

섹션 1 - 이 페이지의 모든 작성란은 필수 항목입니다(선택 항목으로 표시된 것은 제외).

가입을 원하시는 플랜을 선택하십시오.

- Imperial Dynamic Plan (HMO) 012 - \$0 파트 C/D
- Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005 - \$0 파트 C/D
- Imperial Giveback (HMO) 014- \$0 파트 C/D
- Imperial Traditional (HMO) 007 - \$0 파트 C/D
- Imperial Courage Plan (HMO MA-only) 016- \$0 파트 C Only



이름: _____ 성: _____ 선택 항목: _____ 중간 이니셜: _____

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

주 거주지 도로명 주소(사서함을 입력하지 마십시오. 참고: 노숙자의 경우 사서함이 귀하의 주 거주지 주소로 간주될 수 있습니다):

시:	선택 항목: 카운티:	주:	우편번호:
----	-------------	----	-------

우편 주소, 주 거주지 주소와 다를 경우(사서함 사용 가능):
 도로명 주소: _____ 시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

귀하의 Medicare 정보:

Medicare 번호: _____

다음의 중요한 질문에 답변해 주십시오.

Imperial Health Plan 외에 다른 처방약(예: VA, TRICARE) 보장이 있습니까?
 예 아니요

다른 보장 이름: _____ 이 보장의 가입자 번호: _____ 이 보장의 그룹 번호 _____

심혈관 질환, 만성 심부전 및/또는 당뇨병이 있습니까? 예 아니요

중요: 다음을 읽고 아래에 서명해 주십시오:

- 본인이 Imperial Health Plan을 유지하려면 병원(파트 A) 및 의료(파트 B) 보험을 모두 유지해야 합니다.
- 본 Medicare Advantage에 가입하면 Imperial Health Plan이 본인의 정보를 Medicare와 공유하게 되며 Medicare는 이를 이용하여 본인의 가입 정보를 추적하고 결제하고 이러한 정보를 수집하는 것에 대한 권한을 주는 기타 연방법에 의해 허용된 기타 목적으로 사용함을 이해합니다(아래의 개인정보 보호법 규정 참조). 이 신청서에 대한 귀하의 답변은 자발적으로 이루어집니다. 하지만 답변하지 않을 경우, 플랜 가입에 영향을 줄 수 있습니다.
- 한 번에 하나의 MA 플랜에만 가입할 수 있으며, 이 플랜에 등록하면 다른 MA 플랜에 대한 가입이 자동으로 종료됩니다(MAPFFS, MAMSA 플랜 제외).

- 본인의 Imperial Health Plan 보장이 시작되면 모든 의료 혜택과 처방약 혜택을 Imperial Health Plan으로부터 이용해야 함을 이해합니다. Imperial Health Plan에서 제공되며 Imperial Health Plan의 '보장 증명서'(Evidence of Coverage, 가입자 계약서 또는 가입자 동의서라고도 함)에 포함된 혜택과 서비스가 보장됩니다. Medicare나 Imperial Health Plan은 보장되지 않는 혜택이나 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다.
- 본 가입 신청서에 기재된 정보는 본인이 알고 있는 한 사실과 다름이 없습니다. 본인은 본 신청서에 기재된 정보가 사실이 아닌 경우 플랜에서 탈퇴된다는 점을 이해합니다.
- 본인이 본 신청서에 서명하는 경우(또는 본인의 합법적인 위임 대리인이 서명하는 경우) 신청서의 내용을 읽고 이해했다는 것을 의미합니다. 위임 받은 대리인이 서명하는 경우(상기에 기술된 대로), 이 서명은 다음을 증명합니다.
 - 1) 본 서명자는 미국 법률에 따라 이 가입 양식을 작성할 권한을 가지고 있으며
 - 2) 대리 권한에 대한 증빙 문서는 Medicare가 요청할 경우 제공 가능합니다.

서명:	오늘 날짜:
위임 받은 대리인의 경우, 위에 서명하고 다음 난을 작성하십시오.	
이름:	주소:
전화번호:	가입자와의 관계:

섹션 2 - 이 섹션의 모든 작성란은 선택 항목입니다.

질문에 대한 답변 여부는 신청인의 선택입니다. 문서를 작성하지 않아도 보장이 거절되는 일은 없습니다.

히스패닉, 라틴계 또는 스페인계입니까? 해당하는 항목을 모두 선택하십시오.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 아니요, 히스패닉, 라틴계 또는 스페인계가 아닙니다. | <input type="checkbox"/> 예, 멕시코인, 멕시코계 미국인, 치카노(또는 치카나)입니다. |
| <input type="checkbox"/> 예, 푸에르토리코인입니다. | <input type="checkbox"/> 예, 쿠바인입니다. |
| <input type="checkbox"/> 예, 다른 히스패닉, 라틴계 또는 스페인계입니다. | |
| <input type="checkbox"/> 답하지 않겠습니다 | |

어떤 인종입니까? 해당하는 항목을 모두 선택하십시오.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 아메리카 인디언 또는 알래스카 원주민: | <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인, 하와이 원주민 및 태평양 섬 주민: |
| 아시아인: | <input type="checkbox"/> 과마니안 또는 차모로 |
| <input type="checkbox"/> 인도인 | <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 |
| <input type="checkbox"/> 중국인 | <input type="checkbox"/> 사모아인 |
| <input type="checkbox"/> 필리핀인 | <input type="checkbox"/> 기타 태평양섬 주민 |
| <input type="checkbox"/> 일본인 | <input type="checkbox"/> 백인 |
| <input type="checkbox"/> 한국인 | <input type="checkbox"/> 답하지 않겠습니다 |
| <input type="checkbox"/> 베트남인 | |
| <input type="checkbox"/> 기타 아시아인 | |

성별은 무엇입니까? 하나만 선택하십시오.

여성 다른 용어 사용: _____

남성 답하지 않겠습니다

논바이너리

다음 중 귀하가 자신을 어떻게 생각하는지 가장 잘 나타내는 것은 무엇입니까? 하나만 선택하십시오.

레즈비언 또는 게이 다른 용어 사용: _____

이성애자, 즉 게이나 레즈비언이 아님 모르겠어요

양성애자 답하지 않겠습니다

영어 이외의 다른 언어로 정보를 수령하기를 원하신다면 언어를 선택해 주십시오.

스페인어 기타: _____

장애인을 위한 형식으로 정보를 수령하기를 원하신다면 다음 중 하나를 선택해 주십시오.

점자 대형 활자체 오디오 CD 데이터 CD

위에 제시되지 않은 형식으로 정보를 받으시려면 1-800-838-8271번으로 Imperial Health Plan에 연락해 주십시오. 10월 1일~3월 31일: 월요일~일요일 오전 8시~오후 8시, 4월 1일~9월 30일: 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(공휴일 제외) TTY 사용자는 711번으로 전화하십시오.

귀하는 직장에 다닙니까? 예 아니요 배우자가 직장에 다닙니까? 예 아니요

귀하가 이용하시는 주치의(PCP), 클리닉 또는 병원을 열거해 주십시오.

다음 자료를 이메일로 수령하기를 원합니다. 하나 이상 선택하십시오.

예, 온라인 가입자 포털을 통해 신규 가입자 등록 키트 - EOC, 종합 의약품 처방집 및 서비스 제공자/약국 명부를 받고 싶습니다.

이메일 주소: _____

플랜 보험료 납부

현재 또는 미래에 발생할 수 있는 가입 지연 벌금을 포함한 월납 플랜 보험료는 매월 우편으로 납부할 수 있습니다. **사회보장 연금 수표 또는 철도원 퇴직 위원회(RRB) 혜택에서 매월 자동으로 보험료가 공제되도록 선택하실 수도 있습니다.**

가입자가 이 양식을 작성하도록 돕는 개인만 해당

가입자가 이 양식을 작성하도록 돕는 개인(예: 에이전트, 중개인, SHIP 카운셀러, 가족 구성원 또는 기타 제3자)인 경우 이 섹션을 작성하십시오.

이름:	가입자와의 관계:
서명:	National Producer Number(에이전트/중개인만 해당):

개인정보 보호법 규정

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)는 Medicare Advantage(MA) 플랜의 가입자 등록을 추적하고, 서비스를 개선하고, Medicare 혜택 납부 등을 추적하기 위해 Medicare 플랜으로부터 정보를 수집합니다. 사회보장법 1851절, 42 CFR §§ 422.50, 422.60은 이러한 정보의 수집을 허락하고 있습니다. CMS는 System of Records Notice(SORN) “Medicare Advantage 처방약(MARx)”, 시스템 번호 09-70-0588에 명시된 바와 같이 Medicare 가입자의 가입 정보를 사용, 공개 및 교환할 수 있습니다. 이 신청서에 대한 귀하의 답변은 자발적으로 이루어집니다. 하지만 답변하지 않을 경우, 플랜 가입에 영향을 줄 수 있습니다.

1995년 서류작업 감축법에 따라, 유효한 OMB 관리번호가 표시되지 않은 한 아무도 정보 수집에 대응할 의무가 없습니다. 본 정보 수집에 대한 유효한 OMB 관리번호는 0938-1378입니다. 이 정보를 작성하는 데 걸리는 시간은 지시사항 검토와 기존의 데이터 출처 검색, 필요한 데이터 수집 및 정보 수집을 완료하고 검토하는 데 걸리는 시간을 포함하여 평균 20분이 걸릴 것으로 예상됩니다. 정확한 예상 시간에 관한 의견이나 이 양식을 개선하기 위한 제안이 있으시면 아래로 서신을 보내주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Imperial Health Plan은 Medicare와 계약을 맺은 (HMO) (HMO SNP)입니다. Imperial Health Plan 가입은 계약 갱신 때마다 다시 심사되고 결정됩니다. Imperial Health Plan of California(HMO) (HMO SNP)은 적용되는 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 여부 또는 성별에 따라 차별하지 않습니다. 주의: 영어를 사용하는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용할 수 있습니다. 전화 1-800-838-8271(TTY: 711)번으로 전화하십시오. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).