IMPERIAL HEALTH PLAN OF CALIFORNIA

2026
개별 가입 신청서 양식
Medicare Advantage Plan (파트 C) 가입용

본 양식 작성자는?
Medicare Advantage Plan에 가입하려는 Medicare 가입자

플랜 가입용 필수 양식:
- 미국 시민이거나 합법적으로 미국에 거주하고 계셔야 합니다.
- 해당 플랜의 서비스 지역 내에 거주하고 계셔야 합니다.

중요한 사항: Medicare Advantage Plan에 가입하시려면, 또한 다음 두 가지 보험에 반드시 가입되어 있어야 합니다.
- Medicare 파트 A (병원 보험)
- Medicare 파트 B (의료 보험)

중요한 사항: Medicare Prescription Drug Plan에 가입하시려면, 또한 다음 중 한 가지 보험이나 두 가지 보험에 반드시 가입되어 있어야 합니다.
- Medicare 파트 A (병원 보험)
- Medicare 파트 B (의료 보험)

본 양식 사용 시기는?
플랜 가입 시기:
- 매년 10월 15일~12월 7일(1월 1일부터 보장 개시)
- Medicare 가입 후 3개월 이내
- 특정한 경우에 플랜 가입이나 변경이 허용됩니다.

플랜 가입 시기에 관한 추가 정보를 원하시면, **Medicare.gov** 웹사이트를 참조하시기 바랍니다.

본 양식 작성에 필요한 사항은?
- Medicare 번호(빨간색, 흰색, 파란색 Medicare 카드에 기재된 번호)
- 영구 주소 및 전화번호

주의 사항: 섹션 1의 모든 항목은 반드시 작성하셔야 합니다. 섹션 2의 항목은 선택 사항입니다. 작성하시지 않았다는 이유로 보장을 거부할 수는 없습니다.

알림:
- 가을 공개 가입 기간(10월 15일~12월 7일)에 플랜에 가입하시려면, 작성하신 양식이 12월 7일까지 해당 플랜에 반드시 접수되어야 합니다.
- 귀하의 플랜에서 귀하께 플랜에 대한 청구서를 보내드립니다.보험료. 보험료가 은행 계좌에서 공제되거나, 매월 사회보장국(또는 철도퇴직위원회) 혜택 보조금에서 공제되도록 가입 시 선택하실 수 있습니다.

다음 단계는?
작성하신 양식에 서명하신 후 다음 주소로 보내시기 바랍니다. **Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP)**
Attention: Enrollment
P.O. Box 60874
Pasadena, CA 91116
귀하의 가입 신청이 처리되면, 플랜에서 연락을 드리게 됩니다.

본 양식 작성 시 도움을 받는 방법은?
1-800-838-5197번으로 Imperial Health Plan에 문의하시기 바랍니다. TTY 사용자는 711번으로 전화하실 수 있습니다.

또는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 번으로 Medicare에 문의하시기 바랍니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하실 수 있습니다.

En español: Llame a Imperial Health Plan al 1-800-838-5197/TTY 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, 우편 사서함, 보호소나 클리닉 주소, 우편물(예: 사회 보장 수표)을 받는 주소가 영구 거주지 주소로 간주될 수 있습니다.

1995년에 제정된 서류감축법에 따라, 유효한 OMB 관리 번호를 표시하는 경우가 아니라면 정보 수집에 응답하실 필요가 없습니다. 본 정보 수집의 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1378입니다. 본 정보 수집을 완료하는 데 필요한 시간은 지침을 검토하고, 기존 데이터 리소스를 검색하며, 필요한 데이터를 수집하고, 정보 수집을 완료하며, 검토하는 시간을 합산하여 응답별로 평균 20분이 걸릴 것으로 추정됩니다. 추정 시간의 정확성에 관한 의견이나 본 양식을 개선하기 위한 제안 사항이 있으면, 다음 주소로 서신을 보내기 바랍니다. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

중요한 사항

본 양식이나 개인 정보가 포함된 서류(예: 클레임, 지불, 의료 기록 등)를 PRA 보고서 정리 사무소(Reports Clearance Office)로 보내시면 안 됩니다. 본 양식이나 징수 부담(OMB 0938-1378에 설명됨)을 개선하는 방법에 관련되지 않은 모든 서류는 폐기됩니다. 해당 서류는 보관하거나 검토하거나 플랜에 전달하지 않습니다. 작성하신 양식을 플랜에 보내시려면, 이 페이지의 '다음 단계는?'을 참조하시기 바랍니다.

IMPERIAL HEALTH PLAN OF CALIFORNIA

2026

섹션 1 - 이 섹션의 모든 필드는 필수 사항(선택 사항으로 표시되지 않은 경우)입니다.

가입하시려는 플랜 선택:

☐ Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005 – <$0> 파트 C/D

☐ Imperial Dynamic Plan (HMO) 012 – <$0> 파트 C/D

☐ Imperial Courage Plan (HMO MA-전용) 016 – <$0> 파트 C 전용

이름:	성:	미들네임 이니셜(선택 사항):
생년월일(월월/일일/년년년년):	성별: ☐ 남성 ☐ 여성	전화번호:
이메일 주소(선택 사항):		휴대폰(선택 사항):

영구 거주지 도로명 주소(사서함 기재 금지 주의 사항: 노숙자의 경우, 사서함이 영구 거주지 주소로 간주될 수 있습니다.):

시:	카운티(선택 사항):	주:	우편번호:

우편 주소(영구 주소와 다른 경우, 사서함 허용):

도로명 주소:	시:	주:	우편번호:
비상 연락처(선택 사항):	관계:	전화번호:	

귀하의 Medicare 정보:

Medicare 번호:

_ _ _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _

다음 중요한 질문에 답해 주세요

Imperial Health Plan 외에 다른 처방약 보장(예: VA, TRICARE)에 가입할 예정이신가요?

☐ 예 ☐ 아니요

다른 보장의 이름:	해당 보장용 가입자 번호:	해당 보장용 그룹 번호:

심혈관 질환, 만성 심부전, 당뇨병이 있으신가요? ☐예 ☐아니요

거주하시는 주의 Medi-Cal (Medicaid) 프로그램에 가입되어 있으신가요? ☐예 ☐아니요

'예'로 답한 경우, Medi-Cal (Medicaid) 번호를 기재해 주세요 _____

중요한 사항: 아래를 읽고 서명해 주세요.

- 본인은 Imperial Health Plan 가입을 계속 유지하기 위해 병원 보험(파트 A)과 의료 보험(파트 B)을 모두 반드시 유지해야 합니다.
- 본 Medicare Advantage Plan이나 Medicare Prescription Drug Plan에 가입함으로써, 본인은 Imperial Health Plan에서 Medicare와 본인의 정보를 공유하고, Medicare에서 본인의 정보를 이용하여 본인의 가입을 추적하고 비용을 지불하며 해당 정보의 수집을 승인하는 연방법에서 허용하는 기타 목적(아래 개인정보 보호법 내용 참조)에 맞게 사용하는 데 동의합니다. 본 양식에 대한 귀하의 응답은 자발적인 응답입니다. 하지만 응답하시지 않으면, 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.
- 본인은 한 번에 하나의 MA 또는 파트 D 플랜에만 가입할 수 있으며, 이 플랜에 가입하면 다른 MA 또는 파트 D 플랜 가입이 자동으로 종료된다는 점(MA PFFS, MA MSA 플랜에는 예외가 적용됨)을 이해합니다.
- 본인은 Imperial Health Plan 보장이 시작되면, 모든 의료 혜택과 처방약 혜택을 반드시 Imperial Health Plan에서 받아야 한다는 점을 이해합니다. Imperial Health Plan에서 제공하고 본인의 Imperial Health Plan '보장 증명서' 문서(가입자 계약이나 구독자 계약이라고도 함)에 포함된 혜택 및 서비스가 보장됩니다. Medicare나 Imperial Health Plan은 보장되지 않는 혜택이나 서비스에 대해서는 비용을 지불하지 않습니다.
- 본 가입 양식의 정보는 본인이 아는 선에서 정확한 내용입니다. 본인은 본 양식에 고의로 허위 정보를 기재할 경우, 플랜에서 제외될 수 있음을 이해합니다.
- 본 신청서에 서명함으로써, 본인(또는 본인을 대리하여 법적으로 행동할 권한을 가진 사람)은 본 신청서의 내용을 읽고 이해했음을 의미합니다. (위에 명시된 바와 같이) 공인 대리인이 서명한 경우, 해당 서명은 다음을 증명합니다.

  1) 주법에 따라 이 가입을 완료할 권한이 해당 인물에게 있음.

  2) Medicare에서 요청할 시 이 권한에 대한 문서를 제공해야 함.

서명:	**오늘 날짜:**

귀하가 공인 대리인인 경우, 위에 서명한 후에 다음 필드를 작성해 주세요.

이름:	주소:
전화번호:	가입자와의 관계:

섹션 2 – 이 섹션의 모든 필드는 선택 사항입니다.

이 질문에 답하는 것은 본인 선택입니다. 작성하지 않으셔도 보장은 거부되지 않습니다.

영어가 아닌 다른 언어로 된 정보를 원하시면, 다음 중 하나를 선택해 주세요.

☐ 스페인어 ☐ 중국어 ☐ 한국어 ☐ 베트남어 ☐ 기타 언어 _____

대체 형식으로 된 정보를 원하시면, 다음 중 하나를 선택해 주세요.

☐ 점자 ☐ 큰 활자 ☐ 오디오 CD ☐ 데이터 CD

위에 명시된 형식이 아닌 대체 형식으로 된 정보가 필요하시면, 1-800-838-8271번으로 Imperial Health Plan에 문의하시기 바랍니다. 운영 일시(공휴일 제외)는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일부터 일요일까지 오전 8시에서 오후 8시 사이, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일부터 금요일까지 오전 8시에서 오후 8시 사이입니다. TTY 사용자는 711번으로 전화하실 수 있습니다.

귀하는 일을 하시나요? ☐ 예 ☐ 아니요	귀하의 배우자는 일을 하시나요? ☐ 예 ☐ 아니요

일차 진료의(PCP), 클리닉, 건강 센터를 기재해 주세요.

PCP 이름: _____ PCP ID 번호: _____

의료 그룹 또는 IPA: _____

귀하는 이 PCP의 기존 환자이신가요? ☐ 예 ☐ 아니요

다음 자료를 이메일로 받길 원합니다. 하나 이상을 선택해 주세요.

☐ 예, 신규 가입자 가입 키트(EOC, 종합 의약품 처방집, 의료 제공자/약국 명부)를 받길 원합니다.

이메일 주소:

플랜 보험료 지불

매월 우편으로 플랜 월 보험료(현재 지불해야 하거나 지불해야 할 지연 가입 벌금 포함)를 지불하실 수 있습니다. **매월 사회보장국이나 철도퇴직위원회(RRB) 혜택 보조금에서 보험료가 자동으로 공제되도록 선택하실 수도 있습니다. 보험료 지불 옵션을 선택해 주세요. 선택하시지 않으면 청구서를 받으시게 됩니다.**

☐ 청구서 받음.

☐ 매월 사회보장국 수표나 철도퇴직위원회(RRB) 혜택 수표에서 자동으로 공제됨. *사회보장국이나 철도퇴직위원회(RRB)의 승인 후에 사회보장국/RRB 공제가 시작되기까지는 최소 2개월이 걸릴 수 있습니다. 사회보장국에서 공제를 승인할 때까지 계속 종이 명세서를 받으시게 됩니다.*

파트 D-소득 관련 월별 조정액(파트 D-IRMAA)을 지불하셔야 하는 경우, 플랜 보험료 외에 이 추가 금액을 반드시 지불하셔야 합니다. 파트 D-IRMAA를 Imperial Health Plan에 지불하시면 안 됩니다.

본 양식 작성 시 가입을 돕는 개인에게만 해당

귀하께서 가입자의 본 양식 작성을 돕는 개인(예: 에이전트, 브로커, SHIP 상담사, 가족 구성원, 기타 제삼자)이신 경우, 이 섹션을 작성하시기 바랍니다.

이름:	가입자와의 관계:
서명:	국가 생산자 번호(NPN):

개인정보 보호법 성명

Medicare Advantage (MA) Plan의 수혜자 가입을 추적하고 케어를 개선하며 Medicare 혜택 비용을 지불하기 위해, Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)에서 Medicare 플랜으로부터 정보를 수집합니다. 사회보장법 섹션 1851과 1860D-1 및 42 CFR §§ 422.50과 422.60에 따라, 해당 정보의 수집을 허가합니다. CMS는 시스템 기록 통지(SORN) 'Medicare Advantage 처방약 (MARx)' 시스템 번호 09-70-0588에 명시된 대로 Medicare 수혜자의 가입 데이터를 이용, 공개, 교환할 수 있습니다. 본 양식에 대한 귀하의 응답은 자발적인 응답입니다. 하지만 응답하시지 않으면, 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.

Imperial Health Plan은 Medicare 계약을 맺은 (HMO) (HMO SNP)입니다. Imperial Health Plan 가입 상태는 계약 갱신 여부에 따라 달라집니다. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP)는 해당 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애, 성별을 근거로 차별하지 않습니다.
ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-838-8271 (TTY: 711). 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).