



증거 1: MEDICARE ADVANTAGE 플랜 (파트 C)의 등록을 위한 모델 개인 등록 요청 양식 A MEDICARE ADVANTAGE PLAN (PART C)

양식은 누가 사용할 수 있나?

Medicare을 가지고 있는 사람 중 Medicare Advantage 플랜에 가입을 원하는 사람
플랜에 가입하려면, 다음을 충족해야 합니다:

- 미국 시민권자 또는 미국에 합법적으로 체류하고 있는 사람
- 플랜의 서비스 지역에 거주

주요 사항: Medicare Advantage 플랜에 가입하려면, 다음 두가지가 필요합니다:

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

양식은 언제 사용하나?

플랜은 다음 기간동안 가입이 가능합니다:

- 매년 10월 7일-12월 7일 (1월 1일 혜택 보장을 위해)
- Medicare를 처음 받은 후 3개월 이내
- 가입 또는 플랜 전환이 허용되는 특정 상황인 경우

플랜에 언제 가입할 수 있는지에 대해 자세히 알아보려면 Medicare.gov 를 방문하십시오.

양식을 완성하려면 무엇이 필요한가?

- 귀하의 Medicare 번호(빨간색, 하얀색 그리고 파란색 Medicare 카드에 있는 번호)
- 귀하의 영구 주소 및 전화번호

참고: 섹션 1의 모든 항목을 완료해야 합니다.

섹션 2의 항목은 선택할 수 있습니다 - 작성하지 않았다고 해서 보장을 거부할 수 없습니다.

알림:

- 가을 공개 가입 기간(10월 15일-12월 7일) 동안 플랜에 가입하려면 플랜은 12월 7일까지 귀하의 완성된 양식을 받아야 합니다.

다음은 어떻게 해야하나?

완성되고 서명한 양식을 다음 주소로 보내십시오:
OneCare (HMO D-SNP)
505 City Parkway West Orange, CA 92868
귀하의 가입 요청이 처리되면 연락을 드릴 것입니다.

양식 작성에 대한 도움은 어떻게 받나?

OneCare 번호 1-877-412-2734로 전화. TTY 사용자는 번호 711로 전화.
또는 Medicare 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화하십시오.

En español: Llame a OneCare al 1-877-412-2734. TTY al 711 o a Medicare gratis al 1-800- 633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

노숙자 생활을 경험하고 있는 분들

- 플랜에 가입하고 싶지만 영구 거주지가 없는 경우, 우체국 사서함, 보호소나 진료소 주소, 우편물을 받는 주소(예: 사회 보장 수표)가 영구 거주 주소로 간주될 수 있습니다.

1995년 서류 감면 법에 의하면, 유효한 OMB 관리번호가 표시되어 있지 않은 한, 어떤 사람도 정보 수집에 응할 필요가 없다고 합니다. 이 수집을 위한 유효 OMB 제어 번호는 0938-1378입니다. 이 정보 수집에 드는 시간은 지침을 검토하고, 기존 자료 자원을 검색하고, 필요한 자료를 수집하는 시간 및 정보 수집을 마치고 검토하는 시간을 포함하여 응답마다 보통 20분정도입니다. 만약 시간 추정치의 정확성에 관한 의견이나 양식을 개선하기 위한 제안이 있으시면, 다음의 주소 CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244 1850으로 보내시기 바랍니다.

주요 정보

이 양식이나 개인 정보가 포함된 항목(예: 청구, 지불, 의료 기록 등)을 PRA Reports Clearance Office로 보내지 마십시오. 이 양식이나 수집 부담(OMB 0938-1378에 설명됨)을 개선하는 방법이 아닌 모든 항목은 폐기됩니다. 보관, 검토 또는 플랜에 전달되지 않습니다. 이 페이지에 있는 “다음은 어떻게 해야하나?”를 참조하여 작성된 양식을 플랜으로 보내십시오.



OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal 플랜 개인 가입 양식

섹션 1 - 이 페이지의 모든 항목 필요합니다(선택사항이라고 표시되지 않은 한)			
가입을 원하시는 플랜을 선택하십시오: <input type="checkbox"/> OneCare (HMO D-SNP) – 월 비용 \$0			
이름:		성:	[선택사항: 미들네임]:
생년월일: (MM/DD/YYYY) (___/___/___)	성별: <input type="checkbox"/> 남자 <input type="checkbox"/> 여자	전화번호:	
영구 거주 주소(PO 우편박스는 적지 마십시오):			
시:	[선택사항: 카운티]:	주	우편 코드:
우편 주소, 영구 거주 주소와 다르다면 (PO 우편박스 가능):			
주소:	시:	주	우편 코드:
응급 연락처: _____			
전화번호: _____		귀하와 관계: _____	
귀하의 Medicare 정보:			
Medicare 번호: - - - - - - - - - -			
다음 중요한 질문에 답하십시오:			
OneCare 외에 다른 처방 약품 보장(VA, TRICARE 같은)이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
다른 보장 이름:	이 보장의 회원 번호:	이 보장의 그룹 번호:	
_____	_____	_____	
귀하 거주 주의 Medicaid (Medi-Cal) 프로그램에 가입이 되셨습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
"예"라면, 귀하의 Medicaid 9자리 번호(고객 색인 번호(CIN))를 제공해 주십시오:			

주요사항: 읽고 서명하십시오:

- 나는 OneCare 가입을 유지하기 위해 병원(파트 A)과 의료(파트 B)를 모두 유지해야 합니다.
- 이 Medicare Advantage Plan에 가입함으로써 나는 OneCare에서 Medicare와 나의 정보를 공유할 것이며, Medicare는 이 정보의 수집을 승인하는 연방법에서 허용하는 기타 목적(아래 개인정보 보호법에 대한 진술 참조)을 바탕으로 이 정보를 사용하여 나의 가입을 관찰하고 지불할 것임을 인정합니다. 이 양식에 대한 귀하의 응답은 자발적입니다. 하지만 응답하지 않으면 플랜 등록에 영향을 미칠 수 있습니다.
- 나는 한 번에 하나의 MA 플랜에만 가입할 수 있으며 이 플랜에 가입하면 다른 MA 플랜에 대한 가입이 자동으로 종료된다는 점을 이해합니다(MA PFFS, MA MSA 플랜에는 예외가 적용됨).
- 나는 OneCare 보장이 시작될 때 OneCare로부터 모든 의료 및 처방약 혜택을 받아야 한다는 것을 이해합니다. OneCare에서 제공하고 OneCare "<혜택 설명서/회원 핸드북>" 문서(회원 계약 또는 가입자 계약이라고도 함)에 포함된 혜택 및 서비스가 보장됩니다. Medicare나 OneCare는 보장되지 않는 혜택이나 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다.
- 이 가입 양식의 정보는 내가 아는 한 사실입니다. 나는 이 양식에 의도적으로 잘못된 정보를 제공할 경우 플랜에서 탈퇴될 것임을 이해합니다.
- 나는 이 가입 양식에 대한 본인의 서명(또는 본인을 대리할 법적 권한이 있는 사람의 서명)이 이 가입 양식의 내용을 읽고 이해했음을 의미한다는 것을 이해합니다. (위에서 설명한 대로) 권한 있는 대리인이 서명한 경우 이 서명은 다음을 입증합니다:
 - 1) 이 사람은 주법에 따라 이 등록을 완료할 수 있는 권한이 있으며
 - 2) 이 권한에 대한 문서는 Medicare의 요청 시 제공됩니다.

서명:	오늘 날짜:
공인 대리인인 경우 위에 서명하고 다음을 작성하십시오:	
이름:	주소:
전화번호:	가입자와의 관계:

섹션 2 - 이 페이지의 작성은 선택할 수 습니다

질문에 답을 할 지 선택할 수 있습니다. 작성하지 않았다고 해서 보장을 거부할 수 없습니다.

히스패닉계, 라틴계 또는 스페인계입니까? 해당되는 모든 것들을 선택하십시오.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 아니오, 히스패닉, 라틴 또는 스페인계 아님 | <input type="checkbox"/> 예, 멕시코, 멕시코 아메리칸, 치카노/나 |
| <input type="checkbox"/> 예, 푸에르토 리칸 | <input type="checkbox"/> 예, 쿠반 |
| <input type="checkbox"/> 예, 다른 히스패닉, 라틴노/나, 또는 스페인 출신 | |
| <input type="checkbox"/> 대답을 하지 않는 것을 선택합니다. | |

귀하의 인종은 무엇입니까? 해당되는 모든 것들을 선택하십시오.

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디안 또는 알래스카 원주민 | <input type="checkbox"/> 동양계 인디안 | <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카 아메리칸 |
| <input type="checkbox"/> 중국인 | <input type="checkbox"/> 필리피노 | <input type="checkbox"/> 과마니아 또는 차모로 |
| <input type="checkbox"/> 일본인 | <input type="checkbox"/> 한국인 | <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 |
| <input type="checkbox"/> 기타 동양인 | <input type="checkbox"/> 기타 태평양 섬 주민 | <input type="checkbox"/> 사모안 |
| <input type="checkbox"/> 베트남인 | <input type="checkbox"/> 백인 | |
| <input type="checkbox"/> 대답을 하지 않는 것을 선택합니다. | | |

저희가 영어 이외의 언어로 정보를 보내드리는 것을 원하시면 하나를 선택하십시오.

스페인어 베트남어 페르시아어 아랍어 중국어 한국어

저희가 사용 가능한 형식으로 정보를 보내드리는 것을 원하시면 하나를 선택하십시오.

점자 큰글자 오디오 CD

위에 나열된 형식이 아닌 사용 가능한 형식의 정보가 필요한 경우 OneCare 번호 **1-877-412-2734** 로 전화하십시오. 저 근무시간은 <월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 5시사이>입니다. TTY 사용자는 번호**711**로 전화하십시오.

직장을 다니십니까? 예 아니오 귀하의 배우자는 직장을 다니십니까? 예 아니오

귀하의 주치의(PCP), 진료소 또는 건강 센터를 적으십시오:

Office Use Only:

Plan ID #: _____

Effective Date of Coverage: IEP: AEP: SEP: ICEP (type): _____

Name of Plan Representative/agent/broker: _____

개인정보 보호 방침

메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(CMS)는 메디케어 어드밴티지(MA) 플랜의 수혜자 가입을 추적하여 관리를 개선하고 메디케어 혜택을 지급하기 위해 메디케어 플랜에서 정보를 수집합니다. 사회 보장법 섹션 1851 및 1860D-1과 42 CFR § 422.50 및 422.60은 이 정보 수집을 허락합니다. CMS는 SORN(System of Records Notice) "Medicare Advantage 처방약(MARx)", 시스템 번호 09-70-0588에 지정된 대로 Medicare 수혜자의 가입 정보를 사용, 공개 및 교환할 수 있습니다. 이 양식에 대한 귀하의 응답은 자발적입니다. 하지만 응답하지 않으면 플랜 등록에 영향을 미칠 수 있습니다.

OneCare (HMO D-SNP), Medicare Medi-Cal 플랜 은 Medicare와 계약을 맺은 Medicare Advantage 단체입니다. OneCare 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다. OneCare 는 민권에 해당되는 연방정부 법률에 준수하며, 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별때문에 사람들을 차별대우 하지 않습니다. OneCare 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)으로 <주 7일 24시간 전화하십시오. 저희 사이트 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

동봉:

- 차별대우 금지 통지서 [Material ID: H5433_23MM003_C]
- 다국어 삽지 [Material ID: IR23_MM002_H5433_H7501]