2027년 개인 가입 요청 양식

본 양식은 누가 작성하나요?
Medicare Advantage 플랜 가입을 원하는 Medicare 가입자

플랜에 가입하기 위한 요건:
- 미국 시민 또는 미국에 합법적으로 거주 중인 사람이어야 합니다
- 플랜 서비스 지역에 거주해야 합니다

중요: Medicare Advantage 플랜에 가입하려면 반드시 다음 플랜을 모두 보유해야 합니다.
- Medicare 파트 A(병원 보험)
- Medicare 파트 B(의료 보험)

언제 본 양식을 작성합니까?
플랜에 가입할 수 있는 경우는 다음과 같습니다.
- 매년 10월 15일~12월 7일(1월 1일 보장 시작)
- Medicare 첫 가입 후 3개월 이내
- 플랜 가입 또는 플랜 변경이 허용되는 특정한 상황

플랜에 가입할 수 있는 경우를 자세히 알아보시려면 **Medicare.gov**에 방문해 주십시오.

본 양식을 작성하려면 무엇이 필요합니까?
- 본인의 Medicare 번호(귀하의 빨간색, 흰색, 파란색 Medicare 카드에 적힌 번호)
- 영구 거주지 주소 및 전화번호

참고: 섹션 1의 모든 항목을 작성하셔야 합니다. 섹션 2의 항목은 선택 사항입니다. 이 부분을 작성하지 않았다고 해서 보장이 거부되지 않습니다.

알림:
- 가을 정규 가입 기간(10월 15일~12월 7일)에 플랜에 가입하시려면 작성된 요청서가 플랜에 12월 7일까지 도착해야 합니다.
- 플랜에서 플랜 보험료 청구서를 발송할 것입니다. 매월 보험료를 은행 계좌에서 납부하거나 월별 사회보장 (또는 Railroad Retirement Board(RRB, 철도퇴직위원회)) 연금에서 공제하도록 신청할 수도 있습니다.

다음으로 무엇을 해야 합니까?
양식을 작성하고 서명한 후 이메일, 우편 또는 팩스로 발송해 주십시오.

이메일: WHMembership@blueshieldca.com

우편: Blue Shield of California
P.O. Box 948
Woodland Hills, CA 91365-9856

팩스: (877) 251-3660

가입 요청을 처리한 후 연락을 드립니다.

양식 작성에 도움을 받고 싶으면 어떻게 합니까?
공인 대리인이나 Blue Shield 담당자에게 **(888) 534-4263**번으로 전화하십시오.
TTY 사용자는 **711**번으로 전화하시면 됩니다.
또는 Medicare에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 전화해 주십시오.
TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하시면 됩니다.

En español: Llame a su agente autorizado o a su representante de Blue Shield al **(888) 534-4263**. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al **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, 사서함, 보호소나 클리닉 주소 또는 우편물(예: 사회보장 수표)을 받는 주소를 영구 거주지 주소로 고려할 수 있습니다.

1995년 Paperwork Reduction Act (PRA, 문서업무감축법)에 따라 누구도 유효한 Office of Management and Budget(OMB, 관리예산실) 관리 번호가 표시되지 않는 정보의 수집에 응답할 필요가 없습니다. 본 정보 수집의 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1378입니다. 안내문을 검토하고, 기존 데이터 자료를 검색하고, 필요한 데이터를 수집하고, 정보 수집을 완료 및 검토하는 시간을 포함하여 본 정보를 완료하는 데 필요한 시간은 응답 당 평균 20분 정도입니다. 시간 추정의 정확성에 대한 의견이 있거나 이 양식을 개선하기 위한 제안이 있으시면 다음 주소로 편지를 보내주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

중요

본 양식이나 개인 정보(청구, 지불, 의료 기록 등)가 포함된 항목을 PRA Reports Clearance Office(PRA 보고서 정리 담당 사무소)로 보내지 마십시오. 본 양식을 개선하는 방법에 관한 것이 아니거나 정보 수집 취지(OMB 0938-1378에 설명되어 있음)에 맞지 않는 모든 항목은 파기됩니다. 이러한 항목은 보관, 검토되거나 플랜에 반영되지 않습니다. 이 페이지에 나와 있는 '다음으로 무엇을 해야 하나요?'를 참조하여 작성한 양식을 플랜으로 보내 주십시오.

섹션 1 – 본 섹션의 모든 항목은 필수 항목입니다(선택 사항으로 표시된 항목 제외)

가입하시려는 플랜을 선택하십시오.

Blue Shield Inspire(HMO)

☐ Alameda/San Mateo 카운티
(월 $60)

☐ Los Angeles/Orange 카운티
(월 $0)

☐ San Joaquin/Stanislaus/Merced/
Santa Clara 카운티
(월 $61)

Blue Shield 65 Plus(HMO)

☐ Los Angeles/Orange 카운티
(월 $0)

☐ Kern 카운티
(월 $0)

☐ Riverside 카운티
(월 $0)

☐ San Bernardino 카운티
(월 $0)

☐ San Diego 카운티
(월 $0)

☐ San Luis Obispo/Santa Barbara 카운티
(월 $70)

Blue Shield Advantage(HMO)

☐ San Joaquin 카운티
(월 $20)

☐ Sacramento/Placer 카운티
(월 $19)

☐ Los Angeles/Orange 카운티
(월 $0)

☐ San Diego 카운티
(월 $0)

Blue Shield 65 Plus Choice Plan(HMO)

☐ San Bernardino/Riverside 카운티
(월 $0)

Blue Shield AdvantageOptimum Plan(HMO)

☐ Los Angeles/Orange 카운티
(월 $0)

Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1(HMO)

☐ San Diego 카운티
(월 $0)

Blue Shield 65 Plus Plan 2(HMO)

☐ Los Angeles/Orange 카운티
(월 $0)

Blue Shield Value Advantage Plan(HMO)
****수수료 지급 대상이 아님****

☐ Los Angeles 카운티
(월 $0)

☐ San Diego 카운티
(월 $0)

선택적 추가 Dental HMO 또는 선택적 추가 치과 네트워크 내 전용(INO) 플랜에 가입할 의향이 있는지 알려주십시오.

☐ **선택적 추가 Dental HMO 플랜**(월 $16.20)
(모든 플랜/서비스 지역에서 이용 가능한 것은 아니므로 자세한 정보는 혜택 요약을 참조해 주십시오.)

치과 의사 이름:

의료 서비스 제공자 ID 번호:

치과 의사를 선택하지 않는 경우, 가입 시 치과 의사를 배정받게 됩니다.

☐ **선택적 추가 치과 네트워크 내 전용(INO) 플랜**(월 $49.00)
(모든 플랜/서비스 지역에서 이용 가능한 것은 아니므로 자세한 정보는 혜택 요약을 참조해 주십시오.)

선택적 추가 치과 네트워크 내 전용(INO) 플랜은 치과 의사를 선택할 필요가 없습니다.

개인 정보

성:	이름:	중간 이름 이니셜: (선택 사항)

생년월일(월/일/연도):	성별: ☐ 남성 ☐ 여성
전화번호:	전화 유형: ☐ 유선전화 ☐ 휴대폰

영구 거주지 도로명 주소(사서함 주소는 입력하지 마십시오. 참고: 노숙자의 경우, 사서함 주소가 영구 거주지 주소로 간주될 수 있습니다.):

시:	주:	우편번호:

영구 거주지 주소와 다른 경우, 우편물 발송 주소(사서함 가능):

주소:

시:	주:	우편번호:

Medicare 정보:

Medicare 번호:

다음 중요한 질문에 답변해 주십시오.

Blue Shield Medicare Advantage 플랜 이외에 다른 처방 의약품 보장(VA, TRICARE 등)을 보유 중이십니까?

☐예 ☐아니요

처방 의약품 보장:

다른 처방약 보장 이름:

이 보장의 가입자 번호:

이 보장의 그룹 번호:

의료 보장:

다른 의료 보장의 이름:

이 보장의 가입자 번호:

이 보장의 그룹 번호:

주 Medicaid(Medi-Cal) 프로그램에 가입되어 있습니까? ☐예 ☐아니요
'예'인 경우 Medicaid(Medi-Cal) 번호를 제공해 주십시오.

중요 – 아래 사항을 읽고 서명하십시오.

- Blue Shield Medicare Advantage 플랜을 유지하기 위해 반드시 병원(파트 A) 및 의료(파트 B)를 모두 보유해야 합니다.
- 본인은 Medicare Advantage 플랜에 가입함으로써 Blue Shield Medicare Advantage 플랜이 Medicare에 본인의 정보를 공유할 것이며, 이 정보는 본인의 가입 추적, 결제, 해당 정보 수집 권한을 부여한 연방 법이 허용한 기타 목적으로 사용될 수 있음을 인정합니다(아래 Privacy Act Statement(개인정보보호법 성명) 참조). 본 양식 작성은 자발적입니다. 그러나 작성하지 않는 경우 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.
- 본인은 한 번에 MA 플랜 한 개에만 가입할 수 있고 이 플랜에 가입하면 다른 MA 플랜(MA PFFS, MA MSA 플랜은 예외) 가입이 자동으로 종료된다는 점을 이해합니다.
- 본인은 Blue Shield Medicare Advantage 플랜 보장이 시작되면 모든 의료 및 처방 의약품 혜택을 Blue Shield Medicare Advantage 플랜에서 받아야 함을 이해합니다. Blue Shield Medicare Advantage 플랜이 제공하고 Blue Shield Medicare Advantage 플랜 *Evidence of Coverage*(EOC, 보장범위 증서) 문서(가입자 계약 또는 주 가입자 약관이라고도 함)에 포함된 혜택과 서비스가 보장될 것입니다. 보장되지 않는 혜택 또는 서비스에는 Medicare도 나의 Blue Shield Medicare Advantage 플랜도 지급하지 않을 것입니다.
- 본 가입 양식에 있는 정보는 본인이 아는 한 가장 정확한 정보입니다. 만약 의도적으로 잘못된 정보를 제공했다면, 본 플랜에서 본인이 해지될 것임을 이해합니다.
- 본 신청서에 있는 본인의 서명(또는 본인을 대신해 조치할 수 있는 법적 권한이 있는 자의 서명)이 본 신청서의 내용을 읽고 이해했다는 것을 의미함을 이해합니다. (상기 명시된 대로)공인 대리인이 서명했다면 이 서명은 다음 사항을 증명합니다.

  1) 이 사람은 주법에 따라 본 가입서를 작성할 권한을 받았습니다.

  2) Medicare가 요청 시 권한 증명서를 제공할 수 있습니다.

서명:	**오늘 날짜(월/일/연도):**

공인 대리인은 상기에 서명하고 다음 항목을 작성해 주십시오.

이름:

도로명 주소:

시: 주: 우편번호:

전화번호:

가입자와의 관계:

섹션 2 – 본 섹션의 모든 항목은 선택 사항입니다

다음 질문에 답변하는 것은 귀하의 선택입니다. 이 부분을 작성하지 않았다고 해서 보장이 거부되지 않습니다.

영어 이외의 다른 언어로 정보를 받아 보시려면 하나를 선택해 주십시오.

☐ 스페인어

접근성 대체 형식으로 정보를 받아 보시려면 하나를 선택해 주십시오.

☐ 점자 ☐ 큰 활자 ☐ 오디오 CD ☐ 데이터 CD

상기에 없는 접근성 대체 형식으로 정보를 받아 보시려면 고객 서비스에 **(800) 776-4466(TTY: 711)**번으로 연락해 주십시오. 당사 사무소는 주 칠 일, 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 운영합니다.

정보 목적 전용

직장이 있습니까? ☐ 예 ☐아니요 배우자에게 직장이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

1차 진료 의사(PCP), 클리닉 또는 의료 센터를 작성해 주십시오.

주치의, 클리닉 또는 의료 센터 이름:

주치의, 클리닉 또는 의료 센터 ID 번호:

주치의, 클리닉 또는 의료 센터 그룹 이름:

현재 환자이십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

이메일 주소:

위에 이메일 주소를 기재하시면 귀하의 플랜 관련 일부 통신문에 대하여 종이 없는 배송 방식에 자동 가입됩니다.

귀하에게 필요한 다양한 플랜 관련 통신문을 전자 방식으로 받아보게 됩니다. 새로운 통신문(예: 혜택 설명 또는 연간 변경 통지)이 온라인으로 제공되면 이메일을 보내 드리겠습니다. 귀하는 컴퓨터, 태블릿, 휴대폰과 같은 장치를 통해 해당 통신문을 확인할 수 있습니다.

☐ 종이 없는 배송 대신 필요한 자료의 인쇄본을 우편으로 보내 드립니다. 언제든지 배송 기본 설정을 변경할 수 있습니다.

플랜 보험료 납부하기

매월 플랜 보험료(현재 해당하거나 발생할 수 있는 가입 연체금 포함)는 매월 우편으로 납부할 수 있습니다. 보험료가 있는 플랜의 경우 다음 결제 기한 일자 및 금액이 포함된 월별 청구서를 받거나 **사회보장국 또는 Railroad Retirement Board(RRB) 연금에서 매월 자동 공제하도록 선택할 수도 있습니다.**

결제 옵션에 대한 자세한 정보는 **blueshieldca.com/medicarewaystopay**에서 확인하거나 고객 서비스 부서에 **(800) 776-4466(TTY: 711)**번으로 문의해 주십시오.

☐ 매월 사회보장국 또는 Railroad Retirement Board(RRB) 연금 수표에서 자동 공제.
매월 다음 기관에서 연금을 받습니다. ☐ 사회보장국 ☐ RRB

(사회보장국/Railroad Retirement Board 공제는 시작되기까지 2개월 이상 걸릴 수 있습니다. 대부분의 경우, 사회보장/Railroad Retirement Board가 자동 공제 신청을 허가했다면 사회보장/Railroad Retirement Board 연금 수표의 최초 공제에는 가입 발효일부터 원천징수가 시작되는 시점까지 지급해야 하는 모든 보험료가 포함될 것입니다. 만약 사회보장/Railroad Retirement Board가 귀하의 자동 공제 신청을 거부한 경우, 당사는 매월 보험료 청구서를 귀하에게 발송할 것입니다.)

파트 D-소득 관련 월간 조정 금액(파트 D-IRMAA)을 납부해야 하는 경우, 플랜 보험료와 더불어 반드시 해당 추가 금액을 납부해야 합니다. 이 금액은 보통 사회보장 연금에서 공제되거나, Medicare(또는 RRB)에서 청구서를 발송할 수 있습니다. Blue Shield of California에 파트 D-IRMAA를 납부하지 마십시오.

등록자가 양식 작성을 완료하도록 돕는 개인에게만 해당:

등록자가 이 양식을 작성하는 데 도움을 주는 개인(예: 대리인, 중개인, State Health Insurance Program(SHIP, 주 건강 보험 프로그램) 상담사, 가족 구성원 또는 기타 제3자)인 경우 이 섹션을 작성하십시오.

이름: _____ 가입자와의 관계: _____

서명: _____

보험판매사/작성한 판매 대리인 정보:
*은 필수 입력 항목을 나타냅니다.

지정 대리점 이름: _____

지정 대리점 세금 ID:* _____

보험판매사/작성한 판매 대리인 이름:* _____

보험판매사/작성한 대리인의 **개별 NPN**:* _____

보험판매사/작성한 판매 대리인 이메일 주소: _____

보험판매사/작성한 판매 대리인 전화번호: _____

보험판매사/작성한 판매 대리인 서명: _____

보험판매사가 신청서를 접수한 날짜: _____

본인의 서명으로, 본인은 모든 필수 중개인 자격증을 취득했고, CMS Medicare 안내문 및 판매 지침서와 가입 규정을 읽고 이해했음을 증명하며, 본 가입자가 가입 키트 전체를 받았음을 확인합니다. 본인은 Blue Shield of California를 대신하여 Medicare 수혜자의 가입이 해당 규정을 준수하였음에 동의합니다.

개인정보보호법 고지

Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS, Medicare 및 Medicaid 서비스 센터)는 Medicare Advantage(MA) 플랜 수혜자 가입을 추적하고 서비스를 개선하고 Medicare 혜택에 대한 결제를 위해 Medicare 플랜이 제공하는 정보를 수집합니다. Social Security Act(사회보장연금법) 1851 및 1860D-1절과 42 CFR §§ 422.50 및 422.60은 본 정보 수집에 권한을 부여합니다. CMS는 기록 통지 시스템(SORN) “Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)”, 시스템 번호 09-70-0588에 규정된 대로 Medicare 수혜자의 가입 정보를 사용, 공개, 교환할 수 있습니다. 본 양식 작성은 자발적입니다. 그러나 작성하지 않는 경우 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.

가입 기간 자격에 대한 확인

일반적으로 연간 가입 기간인 매년 10월 15일에서 12월 7일에 사이에만 Medicare Advantage 플랜에 가입할 수 있습니다. 이 기간 외에 Medicare Advantage 플랜에 가입 가능한 예외가 있을 수 있습니다.

다음 제시문을 주의 깊게 읽고 적용되는 사항에 표시해 주십시오. 최대한 아는 대로 다음 칸에 체크 표시해 주십시오. 이것으로 귀하가 가입 기간에 가입할 자격이 있다는 것을 증명합니다. 이 정보가 정확하지 않다고 판단될 경우, 귀하는 해지될 수 있습니다.

☐ 나는 Medicare에 새로 가입했다.

☐ 나는 Medicare Advantage 플랜 가입자이며 Medicare Advantage 정규 가입 기간(MA OEP)에 변경하고 싶다.

☐ 나는 최근에 내 현재 플랜 제공 지역 외로 이사했거나 최근에 이사하여 이용 가능한 새로운 옵션이 생겼다. 내가 이사한 날은 (날짜 월/일/연도 기입)이다

_____.

☐ 나는 최근에 석방되었다. 내가 석방된 날은 (날짜 월/일/연도 기입)이다

_____.

☐ 나는 최근에 미국 외의 국가에서 영구적으로 거주한 이후 미국으로 돌아왔다. 내가 미국에 돌아온 날은 (날짜 월/일/연도 기입)이다

_____.

☐ 나는 최근에 미국 내 합법적 거주 자격을 얻었다. 내가 이 자격을 얻은 날은 (날짜 월/일/연도 기입)이다

_____.

☐ 초근에 나의 Medicaid에 변경 사항(Medicaid 신규 가입, Medicaid 보조 수준 변경 또는 Medicaid 상실)이 생긴 날은 (날짜 월/일/연도 기입)이다

_____.

☐ 최근에 나의 Medicare 처방 의약품 보장에 납부하는 Extra Help(저소득 보조금)에 변경 사항 (Extra Help 신규 가입, Extra Help 수준 변경, 또는 Extra Help 상실)이 생긴 날은 (날짜 월/일/연도 기입)이다

_____.

☐ 나는 Medicare를 보유하고 있으며 전액 Medicaid 혜택을 받고 있다. 나는 Medicare 및 Medicaid 관리형 의료 플랜 간의 보장을 조정하는 플랜(통합 Dual Eligible Special Needs Plan(D-SNP, 이중 특별 요구 플랜)이라고 함)에 가입하거나 변경하고 싶다.

☐ 나는 장기 요양 시설(예를 들어 요양원 및 장기 요양 시설)에 들어갈 예정이거나, 살고 있거나 최근 그곳에서 나왔다. 내가 시설로 이사한/이사할 시설에서 나온 날은 (날짜 월/일/연도 기입)이다

_____.

☐ 내가 최근에 Program of All-Inclusive Care for the Elderly(PACE, 노인 요양) 프로그램을 떠난 날은 (날짜 월/일/연도 기입)이다.

_____.

☐ 나는 최근에 원치 않게 나의 (Medicare 보장만큼 좋은)좋은 처방 의약품 보장을 잃었다. 내가 의약품 보장을 잃은 날은 (날짜 월/일/연도 기입)이다

_____.

☐ 내가 고용주 또는 조합 보장을 탈퇴하는 날은 (날짜 월/일/연도 기입)이다.

_____.

☐ 나는 자격이 있는 State Pharmaceutical Assistance Program(주 제약 지원 프로그램)에 참여하고 있거나 State Pharmaceutical Assistance Program의 도움을 잃고 있다.

☐ 내 플랜이 Medicare와의 계약을 끝내거나 Medicare가 내 플랜과의 계약을 끝낸다.

☐ 나는 Medicare(또는 주)가 제공하는 플랜에 가입했으나 다른 플랜을 선택하고 싶다. 해당 플랜에 가입한 날은 (날짜 월/일/연도 기입)이다

_____.

☐ 나는 Special Needs Plan(SNP, 특별 요구 플랜)에 가입되어 있었지만, 이 플랜에 필요한 특별 요구 자격 요건을 잃었다. 내가 SNP에서 가입 해지된 날은 (날짜 월/일/연도 기입)이다

_____.

☐ 나는 (Federal Emergency Management Agency(FEMA, 연방 비상 관리청)이나 연방, 주, 지방 정부 기관에서 선포한)비상사태 또는 주요 재난으로 인해 피해를 입었다. 여기 다른 제시문 중 하나가 나에게 해당되나, 재난으로 인해 가입할 수 없었다.

- ☐ 나는 초기 가입 기간(IEP)을 놓쳤다
- ☐ 나는 연간 가입 기간(AEP)을 놓쳤다

상기 제시문 중 어떤 내용에도 해당하지 않거나 확신하지 못하는 경우 가입 자격을 확인하기 위해 Blue Shield of California에 **(888) 534-4263(TTY: 711)**번으로 연락하거나 공인 대리인에게 문의해 주십시오. 당사는 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 칠 일, 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시 사이에 운영합니다.

Blue Shield of California는 Medicare 인증을 받은 HMO 플랜입니다. Blue Shield of California 가입은 계약 갱신에 따릅니다.