



Blue Shield of California Medicare Advantage 플랜 변경 양식

Blue Shield of California Medicare Advantage 플랜의 현 가입자는 Blue Shield of California가 제공하는 Medicare Advantage 플랜 가입을 위해 본 간편 가입 양식을 사용하실 수 있습니다.

가입 양식 작성을 완료하시면 팩스 혹은 우편으로 보내주십시오.

팩스: (877) 251-3660

우편: Blue Shield of California, PO Box 948, Woodland Hills, CA 91365-9856

나는 현재 _____ 의 _____ 플랜 회원입니다
상품으로, 월 보험료는 \$ _____ 입니다.

가입하시려는 플랜을 선택하십시오.

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Los Angeles/San Diego 카운티(매월 \$0)

본인은 본 플랜에 다른 의료 혜택이 있으며 위에서 언급한 것처럼 월 보험료가 있을 수 있다는 것을 알고 있습니다.

가입자 번호:

성:	이름:	중간 이름 이니셜(선택 사항):
----	-----	----------------------

전화번호 :	전화 유형: <input type="checkbox"/> 유선전화 <input type="checkbox"/> 휴대전화
--------	--

영주지 도로명 주소: (우편 사서함을 기재하지 말 것)

주소	주	우편 번호
시		

영구지 주소와 다른 경우, 우편물 발송 주소(우편 사서함 가능):

주소	주	우편 번호
시		

선택한 1차 진료 의사(PCP) 또는 클리닉 이름(HMO만 해당):

원하는 경우 다음 질문에 답변하시면 됩니다. 이 부분을 작성하지 않았다고 해서 보장이 거부되지 않습니다.

귀하는 히스패닉/라틴계 또는 스페인계입니까? 해당되는 항목을 모두 체크하십시오.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 아니요, 히스패닉/라틴계 또는 스페인계가 아닙니다 | <input type="checkbox"/> 예, 멕시코인, 멕시코계 미국인, 치카노입니다 |
| <input type="checkbox"/> 예, 푸에르토리코인입니다 | <input type="checkbox"/> 예, 쿠바인입니다 |
| <input type="checkbox"/> 예, 기타 히스패닉/라틴계 또는 스페인계입니다 | |
| <input type="checkbox"/> 답변하고 싶지 않습니다. | |

귀하의 인종은 무엇입니까? 해당되는 항목을 모두 체크하십시오.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 | <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 |
| <input type="checkbox"/> 아시아인: | <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 및 태평양 섬 주민: |
| <input type="checkbox"/> 아시아계 인도인 | <input type="checkbox"/> 괌 또는 차모르 |
| <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"/> 답변하고 싶지 않습니다. |
| <input type="checkbox"/> 기타 아시아인 | |

영어 이외의 다른 언어로 정보를 받아보시려면 하나를 선택해 주십시오.

- | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 아랍어 | <input type="checkbox"/> 중국어(간체) | <input type="checkbox"/> 한국어 | <input type="checkbox"/> 타갈로그어 |
| <input type="checkbox"/> 아르메니아어 | <input type="checkbox"/> 중국어(번체) | <input type="checkbox"/> 러시아어 | <input type="checkbox"/> 베트남어 |
| <input type="checkbox"/> 캄보디아어 | <input type="checkbox"/> 페르시아어 | <input type="checkbox"/> 스페인어 | |

접근 가능한 양식으로 정보를 받아보시려면 하나를 선택해주세요.

- 점자 큰 활자 오디오 CD

상기에 없는 언어나 접근 가능한 양식으로 정보를 받기 원하시면 D-SNP 고객 서비스 부서에 **(800) 452-4413 (TTY: 711)**번으로 연락해 주십시오. 저희 사무실은 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다.

휴대전화 번호:

이메일 주소:

위에 이메일 주소를 기재하면 일부 플랜 통신문과 관련하여 종이 없는 전달 방식에 귀하를 자동으로 등록합니다.

귀하에게 필요한 많은 플랜과 관련된 통신문을 전자적으로 전달해 드립니다. 새로운 통신문(예: 혜택 설명 또는 연간 변경 통지)이 온라인으로 제공되면 이메일을 보내드리겠습니다. 귀하는 컴x퓨터, 태블릿, 휴대폰과 같은 장치를 통해 이러한 통신문을 확인할 수 있습니다.

- 종이 없는 전달 대신 필요한 자료의 인쇄본을 우편으로 보내드립니다. 일부 통신문은 크기가 매우 커서 모든 우편함에 다 들어가지 않을 수 있다는 점에 유의하십시오. 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, 사회보장 또는 Railroad Retirement Board(RRB, 철도퇴직위원회) 연금에서 매월 자동 공제하도록 선택할 수도 있습니다.

납입 방법 관련 정보는 blueshieldca.com/medicarewaystopay에서 확인하거나 D-SNP 고객 서비스 부서에 (800) 452-4413 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오.

매월 사회보장 또는 Railroad Retirement Board(RRB) 베네피트 체크에서 자동 공제.
매월 다음 기관에서 베네피트를 받습니다. 사회보장 RRB

(사회보장/Railroad Retirement Board 공제는 시작되기까지 2개월 이상 걸릴 수 있습니다. 대부분의 경우, 사회보장/Railroad Retirement Board가 자동 공제 신청을 허가했다면 사회보장/Railroad Retirement Board 베네피트 체크의 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.)

귀하가 파트 D-소득 관련 월간 조정 금액으로 사정되면, 사회보장국에서 연락을 받게 됩니다. 귀하는 플랜 보험료에 더하여 이 추가 비용을 납부해야 합니다. 이 금액은 사회보장 베네피트 체크에서 공제하거나 Medicare 또는 Railroad Retirement Board가 직접 귀하에게 청구할 수 있습니다.

절대 Blue Shield of California에 파트 D-IRMAA를 납부하지 마세요.

저소득자일 경우 처방 의약품 비용 납부를 위한 저소득 보조금의 수급 자격이 될 수도 있습니다. 자격이 있다면, Medicare가 매월 처방 의약품 보험료, 연간 공제액, 공동보험료를 포함하여 75% 이상 귀하의 의약품 비용을 지급할 것입니다. 또한, 자격이 있는 경우 보장 공백이나 가입 연체금이 발생하지 않습니다. 많은 사람들이 이러한 혜택을 받을 자격이 있지만 모르고 있습니다. 저소득 보조금에 관한 더 자세한 정보는 지역 사회보장연금 사무소에 연락하시거나, 사회보장연금 번호 (800) 772-1213번으로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 (800) 325-0778번으로 전화해 주십시오. 저소득 보조금은 온라인 www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp으로도 신청 가능합니다.

Medicare 처방 의약품 보장 비용에 저소득 보조금을 받을 수 있는 경우, Medicare가 플랜 보험료의 전체 또는 일부 금액을 지급할 것입니다. Medicare가 보험료 일부만 지급할 경우, 당사는 Medicare가 부담하지 않는 금액을 귀하에게 청구할 것입니다.

아래 내용을 읽고 서명해주세요

Blue Shield of California는 연방 정부와 계약한 플랜입니다.

판매 대리인, 판매 중개인 또는 Blue Shield of California가 고용 또는 계약한 다른 개별 직원의 도움을 받는 경우, 그 사람이 나의 Blue Shield of California 가입을 기반으로 지급받을 수 있다는 것을 이해합니다.

정보의 공개: 본 Medicare 건강 플랜에 가입하는 것으로, 나는 Medicare 건강 플랜이 치료, 납부, 건강 관리 수행을 위해 필요하면 나의 정보를 Medicare 및 다른 플랜에 공개할 수 있다는 것을 인정합니다. 또한, Blue Shield of California가 나의 정보, 나의 처방 의약품 데이터를 해당하는 모든 연방 법규 및 규정에 따른 목적 또는 연구 목적으로 공개할 수 있는 Medicare에 공개할 것을 인정합니다. 본 가입 양식에 있는 정보는 내가 아는 가장 정확한 정보입니다. 만약 의도적으로 잘못된 정보를 제공했다면, 본 플랜에서 내가 제적될 것임을 이해합니다. Medicare의 수혜자가 미국 국경 근처의 제한된 범위를 제외하고 국외에서는 Medicare의 보장을 받지 않는다는 것을 이해합니다.

Blue Shield Medicare Advantage HMO Plan 보장이 시작되는 날부터 응급/긴급 시 서비스 또는 지역 외 투석 서비스를 제외하고 Blue Shield of California에서 모든 의료 서비스를 받을 수 있다는 것을 이해합니다.

Blue Shield of California가 승인한 서비스 및 나의 Blue Shield of California **보장범위 증서** 서류 (가입자 계약서 또는 회원 약관이라고도 함)에 포함된 기타 서비스가 보장될 것입니다. 승인 없이는, **MEDICARE도 BLUE SHIELD OF CALIFORNIA도 그러한 서비스에 지급하지 않을 것입니다.**

본 신청서에 있는 나의 서명(또는 거주지 주법에 따라 나를 대리할 수 있는 권한 있는 자의 서명)이 본 신청서의 내용을 읽고 이해했다는 것을 의미함을 이해합니다. 권한 있는 자(상기 명시된 대로)가 서명했다면, 이 서명은 다음을 증명합니다. 1) 이 사람은 주법에 따라 본 가입을 성사할 권한이 있으며 2) Medicare의 요청에 따라 본 권한의 증명서류를 제공 가능합니다.

서명:

오늘 날짜(월/일/년):

권한 있는 대리인인 경우, 반드시 이전 페이지에 서명하고 다음 정보를 제공해야 합니다.

성명:

주소:

시

주

우편 번호

전화번호:

가입자와의 관계:

보험판매사 정보: 보험판매사 이름 및 ID 또는 National Producer Number(NPN, 국내 보험판매사 번호)은 필수 사항입니다.

대리점 이름:

(지정 대리점 이름을 정자체로 작성하세요)

대리점 ID 번호:

(대리점 세금 ID를 정자체로 작성하세요)

보험판매사(작성한 판매 대리인) 이름(필수):

(판매 대리인 이름을 정자체로 작성하세요)

보험판매사 ID 번호:

(판매 대리인 세금 ID 번호를 정자체로 작성하세요)

보험판매사(작성한 판매 대리인) NPN 또는 Tax Identification Number(TIN, 세금 식별 번호)

(둘 중 하나 필수):

(NPN 또는 TIN 번호를 정자체로 작성하세요)

보험판매사 전화번호:

보험판매사 이메일 주소:

보험판매사가 신청서를 접수한 날짜(월/일/년):

보험판매사 서명:

나의 서명으로, 이로써 Centers for Medicare and Medicaid Services(CMS, Medicare 및 Medicaid 서비스 센터) Medicare 안내문 및 판매 지침서와 가입 규정을 읽고 이해했음을 증명하며, 본 가입자가 가입 키트 전체를 받았음을 확인합니다. Blue Shield of California를 대신하여, 본 Medicare 수혜자의 가입이 규정을 준수하였음에 동의합니다.

Blue Shield of California는 Medicare 계약 및 California State Medicaid Program(캘리포니아주 Medicaid 프로그램)과 계약을 체결한 HMO D-SNP 플랜입니다. Blue Shield of California 가입은 계약 갱신에 따라 다릅니다.