



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 플랜에 가입하기 위해 본 간편 가입 양식을 사용하실 수 있습니다.

가입 양식을 작성하면 팩스 또는 우편으로 보내주십시오.

팩스: (877) 251-3660

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

본인은 현재 _____ 플랜의 가입자인데, 이는 _____
의 상품으로, 월 보험료는 \$ _____입니다.

가입하려는 플랜을 선택하십시오.

Blue Shield Inspire (HMO)

- Alameda/San Mateo 카운티
(월 \$39)
- Los Angeles/Orange 카운티
(월 \$0)
- Merced/San Joaquin/Santa Clara Stanislaus 카운티
(월 \$38)

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 \$54)

Blue Shield 65 Plus Choice Plan (HMO)

- Riverside/San Bernardino 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)

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):
-----------	------------	--------------------------

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

영구적인 도로 주소(사서함 주소는 기재하지 마십시오. 참고: 노숙자의 경우, 사서함 주소가 영구 거주 주소로 간주될 수 있습니다):

도로 주소:

도시:	주:	우편 번호:
-----	----	--------

영구적인 거주지 주소와 다른 경우, 우편물 발송 주소(우편 사서함 가능):

도로 주소:

도시:	주:	우편 번호:
-----	----	--------

선택형 보충 Dental HMO 또는 PPO 플랜에 가입할 의향이 있는지 알려주십시오

선택형 보충 Dental HMO 플랜(월 \$16) (모든 플랜/서비스 지역에서 이용 가능한 것은 아니므로 자세한 정보는 혜택의 플랜 요약을 참조해 주십시오.)

치과 의사 이름:

의료 서비스 제공자 ID 번호:

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

선택형 보충 Dental PPO 플랜(월 \$47)

(모든 플랜/서비스 지역에서 이용 가능한 것은 아니므로 자세한 정보는 혜택 요약을 참조해 주십시오.) PPO 플랜은 치과 의사를 선택할 필요가 없습니다.

선택한 1차 진료 의사(PCP) 또는 클리닉 이름(HMO만 해당):

이 섹션의 필드는 선택 사항입니다

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

귀하는 히스패닉, 라틴계 또는 스페인계입니까? 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

- 아니요, 히스패닉, 라틴계 또는 스페인계가 아닙니다
- 예, 멕시코인, 멕시코계 미국인, 치카노입니다
- 예, 푸에르토리코인입니다
- 예, 쿠바인입니다
- 예, 기타 히스패닉, 라틴계 또는 스페인계입니다
- 답변하고 싶지 않습니다.

귀하의 인종은 무엇입니까? 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

- 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민
- 흑인 또는 아프리카계 미국인
- 아시아인:
 - 아시아계 인도인
 - 하와이 원주민 및 태평양 섬 주민:
 - 중국인
 - 괌 또는 차모르인
 - 필리핀인
 - 하와이 원주민
 - 일본인
 - 사모아인
 - 한국인
 - 기타 태평양 섬 주민
 - 베트남인
 - 기타 아시아인
 - 백인
 - 답변하고 싶지 않습니다.

귀하의 성별은 무엇입니까?

- 여성
- 남성
- 논바이너리
- 본인은 다음과 같은 다른 용어를 사용합니다: _____
- 답변하고 싶지 않습니다

다음 중 귀하가 생각하는 자신에 대한 모습을 가장 잘 나타내는 것은 무엇입니까? (하나를 선택하십시오)

- 레즈비언 또는 게이
- 이성애자, 즉 게이 또는 레즈비언이 아닌 사람
- 양성애자
- 본인은 다음과 같은 다른 용어를 사용합니다: _____
- 모르겠습니다
- 답변하고 싶지 않습니다

영어 이외의 다른 언어로 정보를 받아보시려면 하나를 선택해 주십시오.

- 스페인어

접근 가능한 양식으로 정보를 받아보시려면 하나를 선택해 주십시오.

- 점자
- 큰 활자
- 오디오 CD
- 데이터 CD

위에 나열된 것 외에 접근 가능한 형식이나 언어로 된 정보가 필요한 경우 Blue Shield 고객 서비스부에 **(800) 776-4466 (TTY: 711)**번으로 연락해 주십시오. 당사의 사무실은 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 운영합니다.

이메일 주소:	휴대폰 번호:
<p>위에 이메일 주소를 기재하면 일부 플랜 통신문과 관련하여 종이 없는 전달 방식에 귀하를 자동으로 등록합니다.</p> <p>귀하에게 필요한 많은 플랜 통신문을 전자적으로 전달해 드립니다. 새로운 통신문(예: 혜택 설명문 또는 연간 변경 통지)이 온라인으로 제공되면 이메일을 보내드리겠습니다. 귀하는 컴퓨터, 태블릿 또는 휴대폰과 같은 장치를 통해 이러한 통신문을 확인할 수 있습니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p>	

귀하의 플랜 보험료

월 플랜 보험료(현재 해당하거나 발생할 수 있는 가입 연체금 포함)는 매월 우편으로 납부할 수 있습니다. 보험료를 납부해야 하는 플랜의 경우, 다음 지불 금액 및 날짜가 포함된 월별 청구서를 받거나 사회보장연금 또는 Railroad Retirement Board(RRB, 철도퇴직위원회) 수표에서 매월 자동으로 공제되도록 선택할 수 있습니다.

지불 옵션에 대해 자세히 알아보려면 blueshieldca.com/medicarewaystopay 또는 고객 서비스부에 (800) 776-4466 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

매월 사회보장연금 또는 Railroad Retirement Board(RRB) 혜택 수표에서 자동 공제.
본인은 매월 다음 기관에서 혜택을 받습니다: 사회 보장 RRB

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

귀하가 파트 D-소득 관련 월간 조정 금액으로 평가받으면 사회보장국에서 연락을 받게 됩니다. 귀하는 플랜 보험료 이외에도 이 추가 비용을 납부해야 합니다. 이 금액은 사회보장연금 혜택 수표에서 공제하거나 Medicare 또는 Railroad Retirement Board가 직접 귀하에게 청구할 수 있습니다. 절대 Blue Shield of California에 파트 D-IRMAA를 납부하지 마십시오.

저소득자일 경우 처방 의약품 비용 납부를 위한 Extra Help(추가 지원)를 받을 수 있습니다. 자격이 있다면 Medicare가 매월 처방 의약품 보험료, 연간 공제액, 공동보험료를 포함하여 귀하의 의약품 비용을 지급할 것입니다. 또한, 자격이 있는 경우 가입 연체금이 발생하지 않습니다. 많은 사람들이 이러한 절감 혜택을 받을 자격이 있지만 모르고 있습니다. Extra Help에 관한 더 자세한 정보는 지역 사회보장연금 사무소에 연락하시거나 사회보장연금에 (800) 772-1213번으로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 (800) 325-0778번으로 전화해 주십시오. Extra Help는 www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help에서 온라인에서도 신청할 수도 있습니다.

귀하가 Medicare 처방약 보장 비용에 대한 Extra Help를 받을 자격이 있는 경우, Medicare는 이 혜택에 대한 귀하의 플랜 보험료 일부 또는 전부를 지불합니다. Medicare가 보험료 일부만 지급할 경우, 당사는 Medicare가 부담하지 않는 금액을 귀하에게 청구할 것입니다.

아래 내용을 읽고 서명해주시오

Blue Shield of California는 연방 정부와 계약한 플랜입니다.

본인은 판매 회사, 중개인 또는 Blue Shield Medicare Advantage 플랜과 계약한 다른 개별 직원의 도움을 받는 경우, 그 사람이 본인의 Blue Shield Medicare Advantage 플랜 가입을 기반으로 비용을 지급받을 수 있다는 것을 이해합니다.

정보 공개: 본인은 본 Medicare 건강 플랜에 가입함으로써 Medicare 건강 플랜이 치료, 납부 및 건강 관리 수술을 위해 필요하면 본인의 정보를 Medicare 및 기타 플랜에 공개할 수 있다는 것을 인정합니다. 또한, Blue Shield Medicare Advantage 플랜이 본인의 처방약 사건 데이터를 포함하여 본인의 정보를 해당하는 모든 관련 연방 법규 및 규정에 따른 연구 및 기타 목적으로 Medicare에 공개하는 것을 인정합니다. 본 가입 양식에 있는 정보는 본인이 아는 한 가장 정확한 정보입니다. 본인이 본 양식에 의도적으로 잘못된 정보를 제공했다면 본 플랜에서 본인이 제외될 것임을 이해합니다. 본인은 Medicare의 수혜자가 미국 국경 근처의 제한된 보장 범위를 제외하고 국외에서는 Medicare의 보장을 받지 않는다는 것을 이해합니다.

본인은 Blue Shield Medicare Advantage 플랜 보장이 시작되는 날부터 응급 또는 긴급 시 필요한 서비스나 지역 외 투석 서비스를 제외하고 Blue Shield Medicare Advantage 플랜에서 모든 의료 서비스를 받을 수 있다는 것을 이해합니다. Blue Shield Medicare Advantage 플랜에서 승인한 서비스와 Blue Shield Medicare Advantage 플랜 *Evidence of Coverage*(EOC, 보장 범위 증서)문서(가입자 계약서 또는 구독자 계약서라고도 함)에 포함된 기타 서비스가 적용됩니다. 승인 없이는 **MEDICARE도, BLUE SHIELD MEDICARE ADVANTAGE 플랜도 해당 서비스에 대금을 지불하지 않을 것입니다.**

본인은 본 신청서에 있는 본인의 서명(또는 본인이 거주하는 주법에 따라 본인은 대리할 수 있는 권한 있는 자의 서명)이 본 신청서의 내용을 읽고 이해했다는 것을 의미함을 이해합니다. 권한을 부여받은 자(상기에 명시된 대로)가 서명했다면 이 서명은 다음 사항을 증명합니다. 1) 이 사람은 주법에 따라 본 가입을 완료할 권한이 있으며 2) Medicare의 요청에 따라 본 권한의 증빙자료를 제공할 수 있습니다.

서명:	오늘 날짜(월/일/년):
-----	---------------

권한을 부여받은 대리인인 경우, 이전 페이지에 서명하고 다음 정보를 제공해야 합니다.

이름: _____

주소: _____

도시 _____

주 _____

우편 번호 _____

전화 번호: _____

가입자와의 관계: _____

본 양식을 작성하도록 가입자를 돕는 개인에게만 해당

귀하가 가입자가 본 양식을 작성하여 가입하도록 돕는 개인(예: State Health Insurance Program(SHIP, 주 건강 보험 지원 프로그램) 상담사, 가족 또는 기타 제3자)인 경우 이 섹션을 작성하십시오.

이름: _____ 가입자와의 관계: _____

서명: _____ SHIP 상담사 기타(제3자)

공인 대리인
 본인

보험판매사/작성 대리인 정보:

*필수 입력 항목을 나타냅니다

지정된 기관 이름: _____
(지정 대리점 이름을 정자체로 기재하십시오)

지정된 기관의 세금 ID*: _____
(지정된 대리점의 세금 ID를 정자체로 기재하십시오)

보험판매사/작성 대리인의 이름*: _____
(보험판매사/작성 대리인의 이름을 정자체로 기재하십시오)

보험판매사/작성 대리인의 개별 NPN*: _____
(보험판매사/작성 대리인의 개별 NPN을 정자체로 기재하십시오)

보험판매사/작성 대리인의 전화번호: _____

보험판매사/작성 대리인의 이메일 주소: _____

보험판매사/작성 대리인이 신청서를 접수한 날짜(월/일/년): _____

보험판매사/작성 대리인의 서명: _____

본인의 서명으로 CMS Medicare 안내문 및 마케팅 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.

Blue Shield of California는 Medicare 계약 및 California State Medicaid Program과 계약을 체결한 HMO 및 HMO D-SNP 플랜입니다. Blue Shield of California 가입은 계약 갱신에 따릅니다.