

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 개인 가입 양식

누가 양식을 사용할 수 있는가?

Medicare 를 가지고 있고 Medicare Advantage 플랜 또는 Medicare 처방약 플랜에 가입을 원하는 사람

플랜에 가입을 원하면, 다음을 충족해야 함:

- 미국 시민권자이거나 또는 합법적으로 미국에 거주하는 사람.
- 플랜의 서비스 지역에 거주

주요사항: Medicare Advantage 플랜에 가입하려면, 다음 두 가지를 가지고 있어야 합니다:

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

언제 약식을 사용하는가?

플랜에 가입 가능 기간:

- 매년 10월 15일 - 12월 7일 사이 (1월 1일 혜택 시작을 위해)
- 처음 메디케어를 받은 후 3개월 이내
- 가입 또는 플랜 전환이 허용되는 특정 상황

플랜에 가입할 수 있는 시기에 대해 자세히 알아보려면 Medicare.gov 를 방문하십시오.

양식을 완성하기 위해 무엇이 필요한가?

- 회원의 Medicare 번호 (빨강, 파랑 및 하얀색 Medicare 카드에 적힌 번호)
- 회원의 영구 주소 및 전화번호

참고: 섹션 1을 완전히 작성하십시오. 섹션 2는 선택권이 있습니다 — 작성하지 않았다고 해서 보장을 거부할 수 없습니다.

알림:

- 가을 공개 가입 기간(10월 15일-12월 7일) 동안 가입하길 원한다면 12월 7일까지 플랜에 완성된 양식을 제출해야 합니다.

다음은 무엇인가?

완성하고 서명한 양식을 다음 주소로 보내십시오:

CalOptima Health OneCare

505 City Parkway West, Orange, CA 92868

회원의 가입 요청이 처리되면, 회원에게 연락을 할 것입니다.

양식에 대한 도움은 어떻게 받는가?

OneCare 의 전화번호 **1-877-412-2734** 로 전화하십시오. TTY 사용자는 전화 **711** 번으로 전화하십시오.

또는, Medicare 번호 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 로 전화하십시오. TTY 사용자는 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.

노숙자를 경험하는 사람

- 플랜에 가입하고 싶지만 영주권이 없는 경우 사서함, 셸터 또는 진료소 주소 또는 우편물(예: 사회보장 수표)을 받는 주소가 영구 주소로 간주될 수 있습니다.

문서감축법(Paperwork Reduction Act of 1995)에 따라, 유효한 OMB 통제번호가 표시되어 있는 경우를 제외하고 어떠한 사람도 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 본 정보 수집에 대한 유효한 OMB 통제번호는 0938-1378입니다. 이 정보 수집에 드는 시간은 지침을 검토하고, 기존 자료 자료를 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, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850 으로 보내시기 바랍니다

주요 정보

본 양식이나 개인 정보가 포함된 기타 항목(예: 청구, 지불, 의료 기록 등)을 PRA 보고서 정리 사무소로 보내지 마십시오. 이 양식이나 수집 부담(OMB 0938-1378에 설명됨)을 개선하는 방법이 아닌 모든 항목은 폐기될 것입니다. 그것은 유지, 검토 또는 플랜에 전달되지 않을 것입니다. 플랜에 완성된 양식을 보내려면, 본 페이지의 “다음은 무엇인가?”를 참고하십시오.

섹션 1 - 페이지의 모든 부분은 필수 항목입니다(선택 사항으로 표시되지 않은 한)

원하는 플랜을 선택하십시오:

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP) - 월 \$0

CalOptima Health OneCare Flex Plus (HMO D-SNP) - 월 \$0

이름: _____ 성: _____ [선택권: 미들네임]: _____

생년월일: (YYYY년 MM월 DD일)
(____/____/____)

성별:
 남 여

전화번호: _____

영구 거주 주소 (우편함 (PO Box) 는 적지마십시오. 참고: 노숙자의 경우 우편함이 영구 거주 주소로 간주될 수 있습니다.):

시: _____ [선택권: 카운티]: _____ 주: _____ 우편(ZIP) 코드: _____

우편물 주소, 거주 주소와 다르다면 (우편박스 허용):

주소: _____ 시: _____ 주: _____ 우편(ZIP) 코드: _____

회원의 Medicare 정보:

Medicare 번호: _____ - _____ - _____

다음 중요한 질문들에 답하십시오:

OneCare 외에 다른 처방약 혜택(VA, TRICARE 등과 같은)이 있습니까? 예 아니오

다른 혜택 보장의 이름: _____ 혜택 보장 회원 번호: _____ 혜택 보장 그룹 번호: _____

주 Medicaid (Medi-Cal) 프로그램에 가입되어 있습니까? 예 아니오

“예”라면, Medicaid 9개 번호 (Client Index Number (CIN))를 제공하십시오:

주요 정보: 다음을 읽고 서명하십시오:

- 나는 CalOptima Health OneCare 을 유지하려면 병원(파트 A)과 의료(파트 B)를 모두 유지해야 합니다.
- 이 Medicare Advantage 플랜 또는 Medicare 처방약 플랜에 가입함으로써, 나는 OneCare가 Medicare와 내 정보를 공유할 것임을 인정하며, Medicare는 이 정보를 사용하여 나의 가입을 추적하고, 지불하고, 이 정보 수집을 승인하는 연방법에서 허용하는 기타 목적을 위해 사용할 수 있습니다. (아래 개인정보 보호법 선언문 참조). 본 양식에 대한 회원의 응답은 자발적입니다. 하지만 응답을 하지 않으면 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.
- 나는 한 번에 하나의 MA 플랜에만 가입할 수 있으며 이 플랜에 가입하면 다른 MA 플랜에 대한 가입이 자동으로 종료됨을 이해합니다(MA PFFS, MA MSA 플랜에는 예외 적용).
- 나는 나의 OneCare 보장이 시작되면 OneCare에서 모든 의료 및 처방약 혜택을 받아야 한다는 것을 이해합니다. OneCare에서 제공되고 OneCare «혜택 안내서 회원 안내서는 저희(Evidence of Coverage)» 문서(회원 계약 또는 가입자 계약이라고도 함)에 포함된 혜택 및 서비스가 보장됩니다. Medicare 또는 OneCare는 보장되지 않는 혜택이나 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다.
- 본 가입 양식의 정보는 내가 아는 한 정확합니다. 나는 본 양식에 의도적으로 잘못된 정보를 제공하는 경우 플랜에서 탈퇴될 것임을 이해합니다.
- 나는 본 신청서에 있는 나의 서명(또는 나를 대신할 법적 권한이 있는 사람의 서명)이 내가 본 신청서의 내용을 읽고 이해했음을 의미한다는 것을 이해합니다. 승인된 대리인(위 설명된)이 서명한 경우, 서명은 다음을 인증합니다:
 1. 이 사람은 주법에 따라 이 등록을 완료할 권한이 있으며
 2. 이 권한에 대한 문서는 메디케어에서 요청 시 제공됩니다.

서명:	오늘 날짜:
승인된 대리인은 위에 서명하고 다음을 작성하십시오.	
이름:	주소:
전화번호:	가입자와 관계:

섹션 2 - 이 페이지의 모든 부분은 선택 항목입니다

이곳 질문에 응답하는 것을 선택할 수 있습니다. 응답을 하지 않았다고 혜택을 거부할 수 없습니다.

히스패닉, 라틴계 또는 스페인계입니까? 해당되는 모든 것 선택.

- | | |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 아니오, 히스패닉, 라틴계 또는 스페인계 아님 | <input type="checkbox"/> 예, 멕시코, 멕시코 아메리칸, 치카노/나 |
| <input type="checkbox"/> 예, 푸에르토리코인 | <input type="checkbox"/> 예, 쿠바인 |
| <input type="checkbox"/> 예, 다른 히스패닉계, 라틴계 또는 스페인계 | |
| <input type="checkbox"/> 대답하지 않기로 선택합니다. | |

귀하의 인종은 무엇입니까? 해당되는 모든 것을 선택하십시오.

- | | | |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 미국 인디언 또는 알래스카 원주민 | <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 | <input type="checkbox"/> 백인 |
| 아시아인: | 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민: | <input type="checkbox"/> 대답하지 않는 것을 선택합니다. |
| <input type="checkbox"/> 동양계 원주민 | <input type="checkbox"/> 괌 또는 차모로족 | |
| <input type="checkbox"/> 중국인 | <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 | |
| <input type="checkbox"/> 필리핀인 | <input type="checkbox"/> 사모안 | |
| <input type="checkbox"/> 일본인 | <input type="checkbox"/> 기타 태평양 섬주민 | |
| <input type="checkbox"/> 한국인 | | |
| <input type="checkbox"/> 월남인 | | |
| <input type="checkbox"/> 기타 동양인 | | |

귀하의 성 정체성은 무엇입니까? 하나 선택 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 논-바이너리 <input type="checkbox"/> 다른 용어를 사용합니다: _____ <input type="checkbox"/> 답을 하지 않는 것을 선택합니다
다음 중 귀하가 생각하는 자신을 가장 잘 나타내는 것은 무엇입니까? 하나 선택 <input type="checkbox"/> 레즈비언이나 게이 <input type="checkbox"/> 다른 용어를 사용합니다: _____ <input type="checkbox"/> 이성애자, 즉 게이 또는 레즈비언 <input type="checkbox"/> 모르겠습니다 <input type="checkbox"/> 양성애자 <input type="checkbox"/> 답을 하지 않는 것을 선택합니다
저희가 영어 이외의 언어로 정보를 보내는 것을 원하면 하나를 선택하십시오. <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 베트남어 <input type="checkbox"/> 페르시아어 <input type="checkbox"/> 아랍어 <input type="checkbox"/> 중국어 <input type="checkbox"/> 한국어
저희가 접근 가능한 형식으로 정보를 보내는 것을 원하면 하나를 선택하십시오. <input type="checkbox"/> 점자 <input type="checkbox"/> 큰 활자 <input type="checkbox"/> 오디오 CD <input type="checkbox"/> 데이터 CD
정보를 위에 적힌 형식 외 접근 가능한 형식을 원하면 CalOptima Health OneCare 의 1-877-412-2734 로 전화하십시오. 저희 영업 시간은 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 5시까지입니다. TTY 사용자는 번호 711 을 이용하십시오.
직장이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 귀하의 배우자는 직장이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
회원의 주치의(PCP), 클리닉 또는 건강 센터를 적으십시오:

이 양식을 작성하는 데 가입자를 돕는 개인에게만 해당 For individuals helping enrollee with completing this form only
Complete this section if you're an individual (i.e. agents, brokers, SHIP counselors, family members, or other third parties) helping an enrollee fill out this form. Name: _____ Relationship to enrollee: _____ Signature: _____ National Producer Number (Agents/Brokers only): _____ Effective Date of Coverage: _____ IEP: AEP: SEP: ICEP (type): _____

개인정보 보호법

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)는 Medicare Advantage (MA) 또는 처방약 플랜의 수혜자 가입을 추적하고, 치료를 개선하고, Medicare 혜택 지불을 위해 Medicare 플랜에서 정보를 수집합니다. 사회 보장법 섹션 1851 및 1860D-1 및 42 CFR § 423.30 및 422.60는 이 정보의 수집을 승인합니다. CMS는 SORN(System of Records Notice) "Medicare Advantage 처방약(MARx)", 시스템 번호 09-70-0588에 지정된 대로 Medicare 수혜자의 가입 데이터를 사용, 공개 및 교환할 수 있습니다. 본 양식에 대한 회원의 응답은 자발적입니다. 하지만 응답을 하지 않으면 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan은 Medicare와 계약을 맺은 Medicare Advantage 조직입니다. CalOptima Health OneCare 에 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다. CalOptima Health OneCare 는 민권에 해당되는 연방정부 법률에 준수하며, 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별때문에 사람들을 차별대우하지 않습니다. CalOptima Health OneCare 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**), 번으로 <주 7일, 24시간> 연락하십시오. **www.caloptima.org/OneCare** 를 방문하십시오.