

2024년 개인 가입 신청서



신청서는 누가 사용할 수 있나요?

Medicare 가입자로서 Medicare Advantage 플랜에 가입하려는 개인

플랜 가입을 하시려면 귀하께서는 반드시:

- 미국 시민권자 또는 합법적인 미국 거주자
- 플랜의 서비스 지역에 거주

중요: Medicare Advantage 플랜에 가입하려면 다음 두 가지를 모두 가지고 있어야 합니다.

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

신청서는 언제 사용하나요?

플랜에 가입할 수 있는 시기:

- 매년 10월 15일-12월 7일(1월 1일부터 보장 개시)
- Medicare 최초 가입일로부터 3개월 이내
- 플랜 가입 또는 전환이 허용된 특별한 상황

플랜 가입이 가능한 시기에 대한 자세한 정보는 Medicare.gov를 방문하여 확인해 주십시오.

신청서를 작성할 때 무엇이 필요한가요?

- 본인의 Medicare 번호(빨간색, 흰색, 파란색 Medicare 카드에 적힌 번호)
- 주 거주지 주소 및 전화번호

참고: 섹션 1의 모든 항목을 작성해야 합니다. 섹션 2의 항목은 선택 항목입니다. 이 섹션을 작성하지 않아도 보장을 받을 수 있습니다.

안내:

- 가을 공개 가입 기간(10월 15일-12월 7일) 중 플랜에 가입하려면 12월 7일까지 작성한 양식을 플랜에 제출해야 합니다.
- 플랜이 보험료 청구서를 발송해 드릴 것입니다. 보험료는 은행 계좌에서 인출되도록 하거나, 월간 사회보장(또는 철도원 퇴직 위원회) 혜택에서 차감되도록 요청할 수 있습니다.

다음으로 어떤 일이 일어날까요?

작성하고 서명한 신청서를 다음으로 보내 주십시오.

SCAN Health Plan
Attention: Enrollment and Reconciliation
PO BOX 22616
LONG BEACH CA 90801

가입 신청서가 처리되면 연락을 드릴 것입니다.

신청서 작성과 관련된 도움은 어떻게 받을 수 있나요?

SCAN Health Plan에 1-800-559-3500(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.
또는 Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화해 주십시오.
TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화할 수 있습니다.

En español: Llame a SCAN Health Plan al 1-800-559-3500 TTY: 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.

주거지 상실 경험

플랜에 가입하고 싶지만 영주권이 없는 경우, 사서함, 보호소 또는 클리닉의 주소 또는 우편물을 받는 주소(예: 사회보장연금 수표)를 영주권 주소로 사용할 수 있습니다.

1995년 서류작업 감축법에 따라, 유효한 OMB 관리번호가 표시되지 않은 한 아무도 정보 수집에 대응할 의무가 없습니다. 본 정보 수집에 대한 유효한 OMB 관리번호는 0938-1378입니다. 이 정보를 작성하는 데 걸리는 시간은 지시사항 검토와 기존의 데이터 출처 검색, 필요한 데이터 수집 및 정보 수집을 완료하고 검토하는 데 걸리는 시간을 포함하여 평균 20분이 걸릴 것으로 예상됩니다. 정확한 예상 시간에 관한 의견이나 이 양식을 개선하기 위한 제안이 있으시면 아래로 서신을 보내주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



가입을 원하시는 플랜을 선택하십시오.

SCAN Affirm(HMO)

- 092 로스앤젤레스 카운티 \$0/월
- 092 오렌지 카운티 \$0/월
- 096 샌디에고 카운티 \$0/월
- 092 리버사이드 카운티 \$0/월
- 107 샌프란시스코 카운티 \$29/월

SCAN Alta(HMO)

- 082 샌디에고 카운티 \$0/월

SCAN Classic(HMO)

- 001 벤추라 카운티 \$0/월
- 006 로스앤젤레스 카운티 \$0/월
- 007 오렌지 카운티 \$0/월
- 008 리버사이드 카운티 \$0/월
- 009 샌버나디노 카운티 \$0/월
- 019 샌프란시스코 카운티 \$29/월
- 020 산타클라라 카운티 \$52/월
- 069 스타니슬라오 카운티 \$0/월
- 075 앨러미다 카운티 \$0/월
- 078 산마테오 카운티 \$0/월
- 101 프레즈노 및 마데라 카운티 \$0/월

SCAN Compass(HMO)

- 115 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드 및 샌버나디노 카운티 \$0/월

SCAN Inspired(HMO)

- 100 로스앤젤레스 및 오렌지 카운티 \$25/월

SCAN MyChoice(HMO)

- 108 오렌지 카운티 \$0/월
- 109 샌디에고 카운티 \$0/월
- 110 앨러미다 및 산마테오 카운티 \$0/월

SCAN Navigate(HMO)

- 116 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드 및 샌버나디노 카운티 \$0/월

SCAN Options(HMO)

- 073 산타클라라 카운티 \$0/월
- 083 벤추라 카운티 \$0/월

SCAN Prime(HMO)

- 065 로스앤젤레스 카운티 \$25/월
- 066 오렌지 카운티 \$26/월
- 067 리버사이드 카운티 \$23/월
- 068 샌버나디노 카운티 \$23/월

SCAN Strive(HMO SNP)

- 097 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드, 샌버나디노, 벤추라 및 샌디에고 카운티 \$24.70/월
- 098 산타 클라라, 스타니슬라오, 프레즈노 및 마데라 카운티 \$23.50/월

SCAN Venture(HMO)

- 084 로스앤젤레스 및 오렌지 카운티 \$0/월
- 085 리버사이드 및 샌버나디노 카운티 \$0/월

Scripps Classic offered by SCAN Health Plan(HMO)

- 005 샌디에고 카운티 \$0/월

SCAN Health Plan offered by Scripps Signature(HMO)

- 004 샌디에고 카운티 \$74/월

SCAN Balance(HMO C-SNP)

- 034 로스앤젤레스 및 오렌지 카운티 \$0/월
- 070 산타클라라 및 스타니슬라오 카운티 \$0/월
- 076 앨러미다 및 산마테오 카운티 \$0/월
- 102 프레즈노 및 마데라 카운티 \$0/월
- 104 리버사이드 및 샌버나디노 카운티 \$0/월
- 105 샌디에고 카운티 \$0/월
- 106 샌프란시스코 카운티 \$29/월

SCAN Embrace(HMO I-SNP)

- 086 로스앤젤레스 카운티 \$0/월
- 087 오렌지 카운티 \$0/월
- 091 샌버나디노 카운티 \$0/월

SCAN Heart First(HMO C-SNP)

- 028 오렌지 및 로스앤젤레스 카운티 \$0/월
- 033 리버사이드 및 샌버나디노 카운티 \$0/월
- 077 앨러미다 및 산마테오 카운티 \$0/월
- 103 프레즈노 및 마데라 카운티 \$0/월
- 111 샌프란시스코 카운티 \$29/월
- 112 산타클라라 및 스타니슬라오 카운티 \$0/월

SCAN Healthy at Home(HMO I-SNP)

- 006 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드 및 샌버나디노 카운티 \$0/월

Scripps Heart First offered by SCAN Health Plan(HMO C-SNP)

- 055 샌디에고 카운티 \$26/월

중요

PRA Reports Clearance Office에 연락할 때 이 양식이나 기타 문서에 보상 청구서, 결제, 의무 기록 등과 같은 개인정보가 포함되지 않도록 해 주십시오. 본 신청서나 양식 수집 업무의 개선 방법과 관련이 없는 모든 문서는 폐기되며(OMB 0938-1378 참조), 보관하거나 검토하거나, 플랜에 전달되지 않습니다. 작성한 양식을 플랜으로 보내려면 이 페이지의 “그 다음에 할 일?”을 참조해 주십시오.



1 이 페이지의 모든 작성란은 필수 항목입니다(선택 항목으로 표시된 것은 제외)(계속)

중요: 다음을 읽고 아래에 서명해 주십시오:

- 본인이 SCAN Health Plan을 유지하려면 병원(파트 A) 및 의료(파트 B) 보험을 모두 유지해야 합니다.
- 본 Medicare Advantage 플랜에 가입하면 SCAN Health Plan이 본인의 정보를 Medicare와 공유하게 되며, Medicare는 이를 이용하여 본인의 가입 정보를 추적하고, 결제하고, 이러한 정보를 수집하는 것에 대한 권한을 주는 기타 연방법에 의해 허용된 기타 목적으로 사용함을 이해합니다(아래의 개인정보 보호법 규정 참조). 이 신청서에 대한 귀하의 답변은 자발적으로 이루어집니다. 하지만 답변하지 않을 경우, 플랜 가입에 영향을 줄 수 있습니다.
- 한 번에 하나의 MA 플랜에만 가입할 수 있으며, 이 플랜에 등록하면 다른 MA 플랜에 대한 가입이 자동으로 종료됩니다(MA PFFS, MA MSA 플랜 제외).
- 본인의 SCAN Health Plan 보장이 시작되면 모든 의료 혜택과 처방약 혜택을 SCAN Health Plan 으로부터 이용해야 함을 이해합니다. SCAN Health Plan에서 제공되며 SCAN Health Plan의 '보장 증명서'(Evidence of Coverage, 가입자 계약서 또는 가입자 동의서라고도 함)에 포함된 혜택과 서비스가 보장됩니다. Medicare나 SCAN Health Plan은 보장되지 않는 혜택이나 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다.
- 본 가입 신청서에 기재된 정보는 본인이 알고 있는 한 사실과 다름이 없습니다. 본인은 본 신청서에 기재된 정보가 사실이 아닌 경우 플랜에서 탈퇴된다는 점을 이해합니다.
- 본인이 본 신청서에 서명하는 경우(또는 본인의 합법적인 위임 대리인이 서명하는 경우) 신청서의 내용을 읽고 이해했다는 것을 의미합니다. 위임 받은 대리인이 서명하는 경우(상기에 기술된 대로), 이 서명은 다음을 증명합니다.
 - 1) 본 서명자는 미국 법률에 따라 이 가입 양식을 작성할 권한을 가지고 있으며
 - 2) 대리 권한에 대한 증빙 문서는 Medicare가 요청할 경우 제공 가능.

서명: _____ 오늘 날짜: [] [] - [] [] - [] [] [] []

위임 받은 대리인의 경우, 위에 서명하고 다음 난을 작성하십시오.

이름:	주소:
전화번호:	가입자와의 관계:

2 이 페이지의 모든 작성란은 선택 항목입니다.

질문에 대한 답변 여부는 신청인의 선택입니다. 문서를 작성하지 않아도 보장이 거절되는 일은 없습니다.

히스패닉, 라틴계 또는 스페인계입니까? 해당하는 항목을 모두 선택하십시오.

<input type="checkbox"/> 아니요, 히스패닉, 라틴계 또는 스페인계가 아닙니다.	<input type="checkbox"/> 예, 쿠바인입니다.
<input type="checkbox"/> 예, 멕시코인, 멕시코계 미국인, 치카노(또는 치카나)입니다.	<input type="checkbox"/> 예, 다른 히스패닉, 라틴계 또는 스페인계입니다.
<input type="checkbox"/> 예, 푸에르토리코인입니다.	<input type="checkbox"/> 답하고 싶지 않습니다.

어떤 인종입니까? 해당하는 항목을 모두 선택하십시오.

<input type="checkbox"/> 아메리카 인디언 또는 알래스카 원주민	<input type="checkbox"/> 인도인	<input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인
<input type="checkbox"/> 중국인	<input type="checkbox"/> 캄보디아인	<input type="checkbox"/> 과마니안 또는 차모로
<input type="checkbox"/> 일본인	<input type="checkbox"/> 필리핀인	<input type="checkbox"/> 하와이 원주민
<input type="checkbox"/> 기타 아시아인	<input type="checkbox"/> 한국인	<input type="checkbox"/> 사모아인
<input type="checkbox"/> 베트남인	<input type="checkbox"/> 기타 태평양섬 주민	<input type="checkbox"/> 다인종
<input type="checkbox"/> 답하고 싶지 않습니다.	<input type="checkbox"/> 백인	<input type="checkbox"/> 모름

이메일 수신 동의: 이메일 주소: _____

다음 자료를 이메일로 수령하기를 원합니다.

이메일 주소를 제공하여 미국 우편이 아닌 온라인으로 SCAN 자료를 받는 것에 동의합니다. 파트 C 및 파트 D 혜택 설명(EOB), 연간 변경 통지(ANOC)와 같은 문서가 포함되는 것을 이해합니다. 언제든지 미국 우편 서비스로 변경할 수 있습니다.



가입 기간 동안의 자격 증명서

일반적으로 귀하는 연례 가입 기간인 매년 10월 15일부터 12월 7일까지의 기간 내에만 Medicare Advantage 플랜에 가입할 수 있습니다. 이 기간 이외의 기간에 Medicare Advantage 플랜에 가입할 수 있는 예외 조항이 있습니다. 다음 설명을 잘 읽고 해당되는 경우 박스에 체크해 주십시오. 아래 박스에 체크함으로써 귀하가 알고 있는 한 가입 기간 동안 가입 자격이 있다는 것을 증명하는 것입니다. 추후에 이 정보가 정확하지 않다고 판단될 경우 귀하의 가입은 무효가 될 수 있습니다.

- 본인은 Medicare 신규 가입자입니다.⁽¹⁾
- 본인은 현재 Medicare Advantage 플랜에 가입되어 있는 상태이며 Medicare Advantage 공개 가입 기간 (MA OEP) 중에 플랜 변경을 원합니다.⁽²⁾
- 본인은 현재 플랜의 서비스 지역에서 다른 지역으로 이사를 나왔거나 최근 이사해 왔으며 이 플랜이 본인에게 새로운 옵션입니다. 이사일:⁽³⁾ [] / [] / []
- 본인은 최근 감옥에서 석방되었습니다. 출소일:⁽⁴⁾ [] / [] / []
- 본인은 미국 외 국가에서 거주하다가 최근 미국으로 귀국했습니다. 미국 귀국일:⁽⁵⁾ [] / [] / []
- 본인은 최근 미국에서 합법적 체류 신분을 획득했습니다. 신분 획득일:⁽⁶⁾ [] / [] / []
- 본인의 Medicaid 자격에 최근 변동 사항이 있었습니다(Medicaid에 신규로 가입했거나 Medicaid 지원 레벨이 변경되었거나 Medicaid를 상실). 변경 사항 발생일:⁽⁷⁾ [] / [] / []
- Medicare 처방약 비용을 부담해주는 본인의 추가 지원(Extra Help)에 최근 변동 사항이 있었습니다 (새로 추가 지원을 받게 되었거나 추가 지원 레벨이 변경되었거나 추가 지원 자격을 상실). 변경 사항 발생일:⁽⁸⁾ [] / [] / []
- 본인은 Medicare와 Medicaid(또는 주 정부에서 내 Medicare 보험료를 부담해 줌)에 모두 가입되어 있거나, Medicare 처방약 비용을 부담해주는 추가 지원(Extra Help)을 받고 있지만, 변동 사항이 없습니다.⁽⁹⁾
- 본인은 장기 진료 시설(예: 요양원 또는 장기 진료 시설)로 이사할 예정이거나 현재 거주하고 있거나 최근에 나왔습니다. 장기 진료 시설로 입주한 날짜 또는 입주 예정일 또는 퇴소 예정일:⁽¹⁰⁾ [] / [] / []
- 최근 PACE 프로그램 탈퇴일:⁽¹¹⁾ [] / [] / []
- 본인은 최근 비자발적으로, 믿을 수 있는 처방약 보장(Medicare만큼 좋은 보장)을 상실했습니다. 약 보장을 상실한 날짜:⁽¹²⁾ [] / [] / []
- 고용주 또는 노동조합 보장 탈퇴일:⁽¹³⁾ [] / [] / []
- 본인은 주에서 제공하는 의약품 지원 프로그램에 가입되어 있습니다.⁽¹⁴⁾
- 본인의 플랜이 Medicare 계약을 종료하거나 Medicare가 본인 플랜과의 계약을 종료합니다.⁽¹⁵⁾
- Medicare(또는 주 정부)에서 본인을 플랜에 가입시켰는데 다른 플랜으로 바꾸고 싶습니다. 해당 플랜의 가입 개시일:⁽¹⁶⁾ [] / [] / []
- 본인은 특수 요구 플랜(SNP)에 가입했으나 해당 플랜에서 요구하는 자격 조건을 상실했습니다. SNP 탈퇴일:⁽¹⁷⁾ [] / [] / []
- 본인은 날씨 관련 비상 사태 또는 주요 재해(연방재난관리국(FEMA) 또는 연방, 주 또는 지방자치단체에서 재난을 선포한 경우)로 인한 피해를 입었습니다. 여기에 나와 있는 기타 진술 중 하나가 본인에게 적용되었지만 자연 재해 피해로 인해 가입을 할 수 없었습니다.⁽¹⁸⁾
- 재정 문제로 인해 최근 주 또는 지역 규제 당국이 인수한 Medicare Advantage 플랜에 가입되어 있습니다.⁽¹⁹⁾
- 최근 3년 동안 별점 3점보다 적은 별점의 Medicare Advantage 플랜에 가입되어 있습니다.⁽²⁰⁾

이러한 진술문이 귀하에게 해당되지 않거나 확실치 않다면, SCAN Health Plan에 1-800-559-3500번으로 문의해 주십시오(TTY: 711).

INTERNAL OFFICE USE ONLY

NAME OF STAFF MEMBER/AGENT/BROKER (if assisted in enrollment):		NATIONAL PRODUCER NUMBER (NPN):	
EFFECTIVE DATE OF COVERAGE: [] / [] / []		REC'D DATE: [] / [] / []	
<input type="checkbox"/> EE DUP CONF#			
Emergency Contact (optional):	Phone Number:	Relationship to you:	

