

**1** SCAN Health Plan에 가입하시려면 다음 정보를 제공해 주십시오.

가입하시고자 하는 플랜에 체크해 주십시오.

### SCAN Classic(HMO)

- 001 Ventura 카운티 월 \$39
- 006 Los Angeles 카운티 월 \$0
- 007 Orange 카운티 월 \$0
- 008 Riverside 카운티 월 \$0
- 009 San Bernardino 카운티 월 \$0
- 019 San Francisco 카운티 월 \$35
- 020 Santa Clara 카운티 월 \$54
- 052 Napa 및 Sonoma 카운티 월 \$45

### SCAN Balance(HMO SNP)

- 034 Los Angeles 및 Orange 카운티 월 \$0
- 054 Napa 및 Sonoma 카운티 월 \$49

### SCAN Heart First(HMO SNP)

- 028 Orange 카운티 월 \$0
- 033 Riverside 및 San Bernardino 카운티 월 \$0
- 053 Napa 및 Sonoma 카운티 월 \$49

### SCAN Classic II(HMO)

- 061 Riverside 및 San Bernardino 카운티 월 \$0
- 064 Los Angeles 카운티 월 \$32

### SCAN Prime(HMO)

- 065 Los Angeles 카운티 월 \$25
- 066 Orange 카운티 월 \$26
- 067 Riverside 카운티 월 \$23
- 068 San Bernardino 카운티 월 \$23

### Scripps Classic offered by SCAN Health Plan

- 005 San Diego 카운티 월 \$0

### Scripps Signature offered by SCAN Health Plan

- 004 San Diego 카운티 월 \$74

### Scripps Heart First offered by SCAN Health Plan

- 055 San Diego 카운티 월 \$26

### Scripps Plus offered by SCAN Health Plan

- 040 San Diego 카운티 월 \$34.80

### SCAN Plus(HMO)

- 045 Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Francisco 및 Ventura 카운티 월 \$34.80

### SCAN Healthy at Home(HMO SNP)

- 006 Los Angeles, Orange, Riverside 및 San Bernardino 카운티 월 \$0

### SCAN Connections(HMO SNP)

- 010 Los Angeles, Riverside 및 San Bernardino 카운티 월 \$0

### SCAN Connections at Home(HMO SNP)

- 029 Los Angeles 카운티 월 \$0
- 030 Riverside 카운티 월 \$0
- 031 San Bernardino 카운티 월 \$0

위—가입 서비스

Y0057\_SCAN\_10960\_2018\_M\_KO 08152018

아래—가입자

R621 08/18 19F-ENRFORMKO



# 1

SCAN Health Plan에 가입하시려면 다음 정보를 제공해 주십시오. (계속)

성: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ **중간 이니셜**  미스터  미세스.  미즈.

생년월일: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **성별:**  남성  여성  
M M D D Y Y Y Y

주택 전화번호: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

주 전화번호: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  휴대폰

기타 전화번호: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  휴대폰

이메일 주소: \_\_\_\_\_

### 플랜 정보를 받는 방법을 선택해 주십시오.

미국 우편서비스가 아니라 온라인을 통해 파트 C 혜택 설명(EOB) 및 연례 변경 통지서(ANOC)를 받으시려면 여기에 체크하십시오. 이 문서 중 하나가 준비될 때마다 이메일을 받으실 것입니다. 언제든지 미국 우편서비스로 변경하실 수 있습니다.

### 영구 거주지 도로명 주소(사서함 사용 불가):

\_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

### 우편 주소(영구 거주지 주소와 다를 경우에 한해 기입):

도로명 주소: \_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

응급 상황시 연락처(선택 사항): \_\_\_\_\_

전화번호: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

귀하와의 관계: \_\_\_\_\_

### 영어 이외의 언어로 플랜 정보를 받으시려면 아래 박스 중 하나를 체크해 주십시오.

언어:  스페인어  중국어

음성 또는 큰 활자 등 다른 이용이 쉬운 형식이나 위에 제시되지 않은 언어로 정보를 받으시려면 1-800-559-3500(TTY: 711) 번으로 SCAN Health Plan에 연락해 주십시오. 업무 시간은 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시-오후 8시, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일-금요일 오전 8시-오후 8시입니다.

# 2

귀하의 Medicare 보험 정보를 기입해 주십시오.

이 섹션 작성을 위해 귀하의 적색, 흰색 및 청색 Medicare 카드를 꺼내십시오.

- 귀하의 Medicare 카드에 기재된 대로 이 정보를 작성하십시오.

— 또는 —

- 귀하의 Medicare 카드 사본 또는 사회보장국(Social Security) 또는 철도청 퇴직 위원회(Railroad Retirement Board)의 서신 사본을 첨부하십시오.

이름(Medicare 카드에 기재된 이름): \_\_\_\_\_

Medicare 번호: \_\_\_\_\_

자격권자: \_\_\_\_\_ 유효기한: \_\_\_\_\_

**병원(파트 A)** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**의료(파트 B)** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Medicare Advantage 플랜에 가입하시려면 Medicare 파트 A와 파트 B를 가지고 계셔야 합니다.



# 3

## 플랜 보험료지불 방법

월 플랜 보험료와 가입 지연 벌금(지불해야 한다는 당사의 결정이 나온 경우 또는 현재 가입 지연 벌금이 있는 경우)을 납부하기 위해 원하시는 지불 방법을 선택해 주십시오. 귀하는 우편, 전자 자금 이체(EFT), 신용카드 또는 직불카드로 매월 납부하실 수 있습니다. 사회보장 연금 수표 또는 철도청 퇴직 위원회(Railroad Retirement Board, RRB) 연금 수표에서 매월 자동으로 보험료를 공제하도록 선택하실 수도 있습니다. 파트 D-소득관련 월 조정액 평가를 받을 경우 사회보장국으로부터 통지를 받으실 것입니다. 귀하는 플랜 보험료와 함께 조정된 추가 금액을 지불하실 책임이 있습니다. 귀하의 사회보장연금 수표에서 공제되거나 Medicare 또는 RRB에서 귀하에게 직접 청구할 것입니다. SCAN Health Plan으로 파트 D-IRMAA 보험료를 납부하지 마십시오.

귀하의 소득이 제한적인 경우 Medicare 처방약에 대해 추가 지원(Extra Help)을 받으실 수 있습니다. 자격이 될 경우 Medicare는 처방약 보험료, 연간 공제액 및 공동보험을 포함하여 귀하의 의약품 비용에 대해 75% 이상을 지불해 드릴 수 있습니다. 또한 자격 대상인 경우, 귀하는 보장 공백 기간 또는 가입 지연 벌금이 없습니다. 많은 분들이 비용 절감 혜택을 받을 자격이 되지만 그 사실을 모르고 있습니다. 이러한 추가 지원(Extra Help)에 대해 자세한 정보를 알아보시려면 지역 사회보장국으로 연락하시거나 1-800-772-1213번으로 사회보장국에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-800-325-0778번으로 연락해 주십시오. [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp)에서 온라인으로 추가 지원(Extra Help)을 신청하실 수도 있습니다.

Medicare 처방약 보장 비용에 대해 추가 지원(Extra Help)을 받을 수 있는 자격이 되시면 Medicare에서 귀하의 플랜 보험료의 전부 또는 일부를 지불해 드릴 것입니다. Medicare에서 귀하의 보험료의 일부만 지불하는 경우 저희는 Medicare에서 보장하지 않는 금액에 대해 귀하에게 청구서를 보낼 것입니다.

귀하가 지불 방법을 선택하지 않으시면 저희가 매달 청구서를 보내드릴 것입니다.

### 보험료 지불 방법을 선택해 주십시오.

#### 청구서를 받겠습니다.

#### 본인의 은행 계좌에서 전자 자금 이체(EFT)로 지불하겠습니다. VOIDED라고 기재한 수표를 동봉하거나 다음 정보를 기입하여 제출해 주십시오.

계좌 예금주 이름:

은행 라우팅 번호:

은행 계좌 번호:

계좌 유형:  체크(수표계좌)  세이빙(예금계좌)

#### 신용카드/직불카드 다음 정보를 기입해 주십시오. 카드 종류: VISA M/C AMEX Discover

카드에 표시된 계좌 예금주 이름:

계좌 번호:

유효 기한:  /  (MM/YYYY) 보안 코드:

#### 하의 월 사회보장연금이나 철도청 퇴직 위원회(Railroad Retirement Board, RRB) 수표에서 자동 공제.

본인이 매월 혜택을 받는 곳:  사회보장국  RRB

사회보장/RRB 혜택 수표에서 자동 공제 신청을 승인하는 경우 공제가 시작될 때까지 2개월 이상 소요될 수 있습니다. 대부분의 경우, 사회보장국 또는 RRB에서 자동 공제 신청을 수락하면 귀하의 사회보장 또는 RRB 혜택 수표에서 최초로 공제되는 금액은 가입 유효일부부터 출금이 시작되는 시점까지 지불해야 할 모든 보험료를 포함합니다. 사회보장국 또는 RRB가 귀하의 자동 공제신청을 승낙하지 않을 경우, 저희는 귀하의 월 보험료 청구서를 보내드릴 것입니다.



# 4

다음 중요 질문을 읽고 답변해 주십시오.

1 귀하께서는 말기 신장질환(ESRD)을 알고 계십니까?  예  아니요  
 성공적으로 신장 이식을 받았고/거나 정기적인 투석이 더 이상 필요하지 않은 경우, **이를 입증하는 담당 의사의 소견서 또는 기록을** 첨부하십시오. 그렇지 않으면 추가 정보를 얻기 위해 저희가 귀하께 연락을 드릴 수 있습니다.

2 일부 개인의 경우 기타 민영 보험, TRICARE, 연방 직장 건강보험, VA 혜택 또는 주정부 의약품 지원 프로그램 등 기타 약 보험에 가입할 수 있습니다. 귀하는 SCAN Health Plan에 추가로 다른 **처방약** 보험에 가입하실 것입니까?  예  아니요

“예” 일 경우, 귀하의 다른 보험과 이러한 보험에 대한 귀하의 ID 번호를 기입하십시오.

다른 보험 이름:

이 보험의 ID 번호:  이 보험의 그룹 번호:

3. 귀하는 요양원과 같은 장기 치료 시설에 거주하고 있습니까?  예  아니요  
 “예” 일 경우 다음 정보를 기입하십시오.

기관 명칭:

-----  
 기관 주소 및 전화번호(지번 및 도로명)  
 -----

4. 귀하는 주 정부 Medicaid 프로그램에 가입되어 있습니까?  예  아니요  
 “예” 일 경우 Medicaid 번호 기입: \_\_\_\_\_

5. 귀하나 귀하의 배우자는 직업이 있습니까?  예  아니요

6. 귀하께서 Heart First(HMO SNP) 플랜에 가입하는 경우에 한해 답변해 주십시오. 다른 플랜에 가입하는 경우, 이 질문을 건너 뛰십시오.  
 담당 의사가 귀하에게 다음 질병 중 하나가 있다고 진단했습니까?

울혈성 심부전  예  아니요    관상동맥질환  예  아니요

심장부정맥  예  아니요    말초혈관질환  예  아니요

만성 정맥 혈전색전성 질환  예  아니요

7. 귀하께서 SCAN Balance(HMO SNP) 플랜에 가입하는 경우에 한해 답변해 주십시오. 다른 플랜에 가입하는 경우, 이 질문을 건너 뛰십시오.  예  아니요  
 귀하의 담당 의사는 귀하가 당뇨병이라고 진단했습니까?

주치의(PCP) 또는 의료 그룹 이름을 선택해 주십시오.

귀하는 현재 이 의사의 기존 환자이십니까? 예 아니요  예  아니요





## 가입 기간 동안의 자격 증명서

**일반적으로 귀하는 연례 가입 기간인 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 등록 기간 동안 등록 자격이 있다는 것을 증명하는 것입니다. 추후에 이 정보가 정확하지 않다고 판단될 경우 귀하의 가입은 무효가 될 수 있습니다.

- 나는 Medicare 신규 가입자입니다.
- 나는 현재 Medicare Advantage 플랜에 가입되어 있는 상태이며 Medicare Advantage 공개 가입 기간 중에 플랜 변경을 하고 싶습니다(MA OEP).
- 나는 최근 내 현재 플랜에 속한 서비스 지역의 밖으로 이사했거나, 혹은 최근 이사해왔으며 이 플랜이 내게 새로운 옵션입니다. 이사한 날짜:  /  /
- 나는 최근에 수감 생활을 마쳤습니다. 출소일:  /  /
- 나는 최근까지 외국에서 거주하다가 미국으로 귀국했습니다. 미국에 귀국한 날짜:  /  /
- 나는 최근에 합법적인 미국 체류 자격을 취득했습니다. 신분 획득일:  /  /
- 내 Medicaid에서 최근 변경이 있었습니다(Medicaid에 신규로 가입했고 Medicaid 지원 레벨이 변경되었거나 Medicaid를 상실했습니다). 변경사항 발생일:  /  /
- Medicare 처방약 비용을 부담해주는 내 추가 지원(Extra Help)에서 최근 변경이 있었습니다(새로 추가 지원을 받게 되었으나 추가 지원 레벨이 변경되었거나 추가 지원 자격을 상실했습니다). 변경사항 발생일:  /  /
- 나는 Medicare와 Medicaid(또는 주 정부에서 내 Medicare 보험료를 부담해 줌) 모두를 가지고 있습니다. 또는 Medicare 처방약 비용을 부담해주는 추가 지원(Extra Help)을 받고 있습니다. 그러나 변경사항이 없습니다.
- 나는 장기 치료 시설(예: 요양원 또는 장기 치료 시설)로 들어갈 예정이거나 현재 거주하고 있거나 최근에 나왔습니다. 내가 시설로 이사한 날/이사할 예정인 날/시설을 떠난 날:  /  /
- 최근 PACE 프로그램을 탈퇴하였습니다. 탈퇴 날짜:  /  /
- 나는 최근 비자발적으로, 믿을 수 있는 처방약 보장(Medicare만큼 좋은 보장)을 상실했습니다. 약 보장을 상실한 날짜:  /  /
- 나는 고용주 또는 조합 보장을 탈퇴할 것입니다. 탈퇴일:  /  /
- 나는 주 정부에서 제공하는 약국 지원 프로그램에 속해 있습니다.
- 나의 플랜은 Medicare와의 계약 관계를 종료할 것이거나 또는 Medicare가 나의 플랜과의 계약을 끝낼 것입니다.
- Medicare(또는 주 정부)에서 나를 플랜에 가입시켰는데 다른 플랜으로 바꾸고 싶습니다. 해당 플랜의 가입 발효일:  /  /
- 나는 특수 필요 플랜(SNP)에 가입했지만 그 플랜 가입에 요구되는 특수 필요 자격 요건을 상실했습니다. SNP 탈퇴일:  /  /
- 나는 날씨 관련 비상 사태 또는 주요 재해(연방재난관리국(FEMA)에서 재난을 선포한 경우)로 인한 피해를 입었습니다. 여기에 나와 있는 기타 진술 중 하나가 나에게 적용되었지만 자연 재해 피해로 인해 등록을 할 수 없었습니다.

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

| 담당 직원 작성란   |   |  |
|---|---|--|
| 직원/에이전트/브로커 이름 (가입 지원을 받는 경우):  | 대리인 코드:   |  |
| 보장 발효 날짜:<br><input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | 그룹 ID 번호:<br><input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | 수령일:<br><input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| 가입자의 선호 언어(영어 이외의 언어인 경우):  | <input type="checkbox"/> EE DUP CONF#   |  |

