

# 개인 가입 신청서



1

SCAN Health Plan에 가입하시려면 다음 정보를 기입해 주십시오.

가입하시고자 하는 플랜에 체크해 주십시오.

## SCAN Classic (HMO)

- 001 벤추라 카운티 월 \$29
- 006 로스앤젤레스 카운티 월 \$0
- 007 오렌지 카운티 월 \$0
- 008 리버사이드 카운티 월 \$0
- 009 샌버나디노 카운티 월 \$0
- 019 샌프란시스코 카운티 월 \$35
- 020 산타클라라 카운티 월 \$54
- 052 나파 및 소노마 카운티 월 \$34
- 069 스타니슬로스 카운티 월 \$0

## SCAN Compass (HMO)

- 074 나파 및 소노마 카운티 월 \$25

## SCAN Balance (HMO SNP)

- 034 로스앤젤레스 및 오렌지 카운티 월 \$0
- 054 나파 및 소노마 카운티 월 \$38
- 070 스타니슬로스 카운티 월 \$0

## SCAN Heart First (HMO SNP)

- 028 오렌지 카운티 월 \$0
- 033 리버사이드 및 샌버나디노 카운티 월 \$0
- 053 나파 및 소노마 카운티 월 \$38

## SCAN Classic II (HMO)

- 064 로스앤젤레스 카운티 월 \$39

## SCAN Options (HMO)

- 073 산타클라라 카운티 월 \$0

## SCAN Prime (HMO)

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

## SCAN Health Plan에서 제공되는 Scripps Classic (HMO)

- 005 샌디에이고 카운티 월 \$0

## SCAN Health Plan에서 제공되는 Scripps Signature (HMO)

- 004 샌디에이고 카운티 월 \$74

## SCAN Health Plan에서 제공되는 Scripps Heart First (HMO SNP)

- 055 샌디에이고 카운티 월 \$26

## SCAN Health Plan에서 제공되는 Scripps Plus (HMO)

- 040 샌디에이고 카운티 월 \$32.00

## SCAN Plus (HMO)

- 045 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드, 샌버나디노, 샌프란시스코 및 벤추라 카운티 월 \$32.00
- 071 스타니슬로스 카운티 월 \$32.00
- 072 산타클라라 카운티 월 \$32.00

## SCAN Healthy at Home (HMO SNP)

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

## SCAN Connections (HMO SNP)

- 010 로스앤젤레스, 리버사이드 및 샌버나디노 카운티 월 \$0

## SCAN Connections at Home (HMO SNP)

- 029 로스앤젤레스 카운티 월 \$0
- 030 리버사이드 카운티 월 \$0
- 031 샌버나디노 카운티 월 \$0



성: \_\_\_\_\_

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

생년월일: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **성별:**  남성  여성  
                        월 월          일 일          연 연 연 연

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

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 편의를 위한 다른 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 8시이고, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일-금요일, 오전 8시-오후 8시입니다. 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 1 영업일 이내에 답변을 드립니다.

**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: \_\_\_\_\_ 발효 일자: \_\_\_\_\_

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

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

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



### 3

## 플랜 보험료 지불 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 지원을 받으실 수 있습니다. 자격이 될 경우 Medicare 는 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 지원에 대해 자세한 정보를 알아보시려면 지역 사회보장국으로 연락하시거나 1-800-772-1213번으로 사회보장국에 전화하십시오. TTY 이용자는 1-800-325-0778번으로 전화해 주십시오. [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp)에서 온라인으로 추가 지원을 신청하실 수도 있습니다.

Medicare 처방약 보장 비용에 대해 추가 지원을 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 매월 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:  /  (월월/연연연연) 보안 코드:

##### 귀하의 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 유효일부터 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

## 다음의 중요 질문을 읽고 답해 주십시오.

1 귀하께서는 말기 신장질환(ESRD)을 앓고 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 말초혈관병  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.

현재 이 의사의 환자이십니까?  예  아니요



## 5

### 본 중요 정보를 읽어 주십시오.

주목해  
주십시오

귀하가 현재 고용주 또는 노동조합으로부터 건강보험에 가입되어 있을 경우 SCAN Health Plan에 가입을 하게 되면 귀하의 고용주나 노동조합 건강보험에 영향을 미칠 수 있습니다. SCAN Health Plan에 가입할 경우 귀하의 고용주 또는 노동조합 건강보험이 해지될 수 있습니다. 귀하의 고용주나 노동조합에서 보낸 서신을 읽어 주십시오. 궁금한 사항이 있으면 웹사이트를 방문하여 확인하시거나 서신에 나와 있는 사무소 전화번호로 문의해 주십시오. 연락 담당자에 대한 정보가 없을 경우 귀하의 보험 담당자나 사무소에서 귀하의 보험에 대한 질문에 답변해 드릴 수 있습니다.

## 6

### 읽고 아래에 서명해 주십시오.

#### 본 가입 신청서를 작성함으로써 본인은 다음 내용에 동의합니다.

SCAN Health Plan은 Medicare Advantage 플랜으로서 연방 정부와 계약을 맺고 있습니다. 본인은 Medicare Part A와 B를 유지해야 합니다. 본인은 한번에 한 가지 Medicare Advantage 플랜에만 가입할 수 있습니다. 본인은 이 플랜에 가입하는 경우 가입 중인 다른 Medicare 건강 보험이나 처방약 플랜은 자동 해지될 것입니다. 본인이 현재 어떠한 처방약 보장 (보험)을 가지고 있거나 추후에 가지게 되는 경우, 이를 알리는 것은 본인의 책임입니다. 이 플랜은 일반적으로 1년 동안 가입 상태가 유지됩니다. 가입하고 나면 1년 중 특정 시기의 가입 허용 기간 (예: 매년 10월 15일~12월 7일) 또는 특별한 상황에서만 이 플랜을 탈퇴하거나 변경할 수 있습니다.

SCAN Health Plan은 특정 서비스 지역에서 제공됩니다. 본인은 SCAN Health Plan 서비스 지역 밖으로 이사할 경우 탈퇴하고 새로운 지역에서 새로운 플랜을 찾기 위해 본 플랜으로 이사한 사실을 알려야 합니다. SCAN 가입자가 되면 본인은 동의하지 않는 지불 또는 서비스에 대한 플랜 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다. 본인은 Medicare Advantage 플랜의 혜택을 얻기 위해 준수해야 할 규칙을 알아보고자 SCAN으로부터 받은 보장 증명서를 읽을 것입니다. 본인은 미국 국경 근처에 있을 때 혜택이 제한된다는 사실과 함께 미국 외 지역에 있는 동안 Medicare의 보장을 받지 못한다는 것을 이해합니다.

본인은 SCAN 보장 시작일부터 응급 진료나 긴급 진료를 받는 경우 또는 지역 외 투석 서비스를 받는 경우를 제외하고 모든 진료를 SCAN으로부터 받아야 한다는 것을 이해합니다. SCAN에서 승인한 서비스와 본인의 SCAN 보장 증명서 (가입자 계약서 또는 가입자 동의서라고도 함)에 포함된 다른 서비스도 보장됩니다. 승인을 받지 않는 경우 Medicare나 SCAN은 서비스 비용을 지불하지 않을 것입니다.

본인은 영업 담당자, 브로커가 또는 플랜에 고용되었거나 계약을 맺은 개인이 본인 가입에 도움을 주는 경우 그 사람이 본인의 SCAN 가입을 근거로 보상을 받을 수 있음을 이해합니다.

**정보의 제공:** 본인은 Medicare 건강 플랜에 가입함으로써 SCAN이 치료, 지불 및 의료 서비스 활동에 필요한 경우 Medicare 및 기타 플랜에 본인의 정보를 제공하는 것을 인정합니다. 또한 본인은 SCAN이 모든 관련 연방법 및 규정을 준수하여 연구 및 다른 목적으로 처방약 정보 등 본인의 정보를 Medicare에 공개하는 것을 인정합니다. 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 본인이 거주하는 주의 법에 따라 본인의 위임 대리인으로서 서명하는 경우) 신청서의 내용을 읽고 이해했다는 것을 의미합니다. 위임 대리인이 서명하는 경우(위에서 언급한 바와 같이) 이러한 서명은 1) 이 대리인이 이 가입을 완료하도록 주 정부법에 따라 위임되었으며 2) Medicare의 요청에 따라 위임 문서를 제공할 수 있다는 것을 증명합니다.

서명: \_\_\_\_\_

오늘 날짜:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

귀하가 위임 대리인인 경우, 위에 서명하고 아래 사항을 기입하십시오.

이름: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

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

가입자와의 관계: \_\_\_\_\_



## 가입 기간 이용 자격에 대한 증명

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 가입 기간 이용 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(MA OEP) 중에 플랜 변경을 하고 싶습니다.
  - 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 가입했거나 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 되었거나 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 Plan에 1-800-559-3500(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오.

### 담당 직원 작성란

NAME OF STAFF MEMBER/AGENT/BROKER (if assisted in enrollment):	NATIONAL PRODUCER NUMBER (NPN):
EFFECTIVE DATE OF COVERAGE: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	REC'D DATE: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Enrollee's preferred spoken language (if other than English):	<input type="checkbox"/> EE DUP CONF#

