

## 이 서식을 사용할 수 있는 사람은?

Medicare를 보유하고 있으며, Medicare Advantage 플랜에 가입하고자 하는 사람

## 플랜에 가입하려면, 귀하는 반드시:

- 미국 시민이거나 합법적으로 미국에 거주해야 합니다.
- 플랜 서비스 지역에 살고 있어야 합니다.

**중요:** Medicare Advantage 플랜에 가입하려면, 귀하는 또한 다음의 두가지 모두 보유하고 있어야 합니다:

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

## 이 서식은 언제 사용하나요?

귀하는 다음과 같이 플랜에 가입할 수 있습니다:

- 매년 10월 15일~12월 7일 사이(1월 1일 시작되는 보장에 대해)
- Medicare를 처음 얻게 된 뒤 3개월 이내
- 플랜 가입 또는 변경이 허용되는 특정 상황에서

플랜에 등록할 수 있는 시기에 대한 자세한 사항은 Medicare.gov를 방문하십시오.

## 이 서식을 작성하기 위해 필요한 것은?

- 귀하의 Medicare 번호 (귀하의 레드, 화이트 및 블루 Medicare 카드에 적힌 번호)
- 귀하의 영구 주소 및 전화번호

**주:** 귀하는 반드시 섹션 1의 모든 항목을 작성해야 합니다. 섹션 2의 항목은 선택사항입니다 — 이 부분을 작성치 않았다는 이유로 보장이 거절되지 않습니다.

## 알림:

- 만약 귀하께서 가을의 자유 가입 기간(10월 15일~12월 7일) 동안 플랜에 가입하고자 한다면, 플랜은 반드시 귀하의 작성 완료된 서식을 12월 7일까지 받아야 합니다.
- 귀하의 플랜은 플랜의 보험료에 대해 청구서를 발송할 것입니다. 귀하는 귀하의 보험료 지불금이 귀하의 은행 계좌 또는 귀하의 월간 사회보장(또는 철도은퇴위원회) 급여에서 차감되도록 등록하는 것을 선택할 수 있습니다.

## 그 다음 절차는?

귀하의 작성 완료 및 서명된 서식을 다음으로 발송하십시오:

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

귀하의 가입 요청을 진행하게 되면, 귀하께 연락이 갈 것입니다.

## 이 서식과 관련해 어떻게 도움을 받나요?

SCAN Health Plan에 1-800-559-3500번, TTY 사용자는 (TTY: 711번)으로 전화하십시오.

또는 Medicare, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.

**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.

1995년 문서감축법에 따라, 어떤 개인도 유효 OMB 관리번호가 표시되어 있지 않다면 정보수집에 응답할 필요가 없습니다. 본 정보수집의 유효 OMB 관리번호는 0938-NEW입니다. 본 정보 작성에 필요한 시간은 지시사항 검토, 기존 데이터 리소스 검색, 필요 데이터 수집, 그리고 수집 정보의 작성 및 검토를 포함해, 응답에 평균 20분으로 예상됩니다. 예상 시간의 정확성과 관련해 남기실 말씀이 있거나 본 서식을 개선하기 위한 제안사항이 있다면, 다음으로 보내주십시오: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Y0057\_SCAN\_12110\_2020\_C 08192020

R1563 08/20 21F\_ENFORMKO



**귀하께서 가입하고자 하는 플랜을 선택하십시오.****SCAN Classic (HMO)**

- 001 Ventura 카운티 월 \$19
- 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 \$34
- 069 Stanislaus 카운티 월 \$0

**SCAN Compass (HMO)**

- 074 Napa 및 Sonoma 카운티 월 \$25

**SCAN Balance (HMO SNP)**

- 034 Los Angeles 및 Orange 카운티 월 \$0
- 054 Napa 및 Sonoma 카운티 월 \$38
- 070 Stanislaus 카운티 월 \$0

**SCAN Heart First (HMO SNP)**

- 028 Orange 카운티 월 \$0
- 033 Riverside 및 San Bernardino 카운티 월 \$0
- 053 Napa 및 Sonoma 카운티 월 \$38

**SCAN Classic II (HMO)**

- 064 Los Angeles 카운티 월 \$59

**SCAN Options (HMO)**

- 073 Santa Clara 카운티 월 \$0

**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 (HMO)**

- 005 San Diego 카운티 월 \$0

**Scripps Signature offered by SCAN Health Plan (HMO)**

- 004 San Diego 카운티 월 \$74

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

- 055 San Diego 카운티 월 \$26

**Scripps Plus offered by SCAN Health Plan (HMO)**

- 040 San Diego 카운티 월 \$31.50

**SCAN Plus (HMO)**

- 045 Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Francisco 및 Ventura 카운티 월 \$31.50
- 071 Stanislaus 카운티 월 \$31.50
- 072 Santa Clara 카운티 월 \$31.50

**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)**

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

**중요**

본 서식 또는 귀하의 개인정보(청구, 지불금, 의료기록 등)가 담긴 어떠한 물품이든 PRA Reports Clearance Office로 보내지 마십시오. 본 서식 또는 그 수집 의무(OMB 0938-1378에 요약)를 개선하기 위한 방법에 대한 것이 아닌 어떠한 물품이든 멸실됩니다. 그것은 보관, 검토 또는 플랜에 전달되지 않습니다. 본 페이지의 "그 다음 절차는?"을 확인하고 귀하의 작성 완료된 서식을 플랜으로 발송하십시오.

OMB No. 0938-1378 만료:7/31/2023

Y0057\_SCAN\_12110\_2020\_C 08192020

페이지 2 / 6



**1** 본 페이지의 모든 항목이 필요합니다 (선택으로 표시된 사항은 예외) (계속됨)

성:

이름:  **중간 이니셜**

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

전화번호: (  )  -

주 거주지 거리 주소 (사서함은 기입하지 마십시오):

시:  주:  우편번호:

**우편 주소**, 주 거주지 주소와 다른 경우(사서함 허용):

거리 주소:

시:  주:  우편번호:

**귀하의 Medicare 정보:**

Medicare 번호:  -

**다음의 중요한 질문에 대해 주십시오:**

귀하는 SCAN Health Plan에 추가로 다른 처방약 보장(VA, TRICARE 등)에 가입하실 예정입니까?  예  아니오  
기타 보장의 명칭: \_\_\_\_\_

이 보장의 가입자 번호: \_\_\_\_\_ 이 보장의 그룹 번호 \_\_\_\_\_

귀하께서 귀하의 주 Medi-Cal (Medicaid) 프로그램에 가입되어 있습니까?  예  아니오  
만약 예라면, 귀하의 Medi-Cal (Medicaid) 번호를 제공해 주십시오: \_\_\_\_\_

**귀하께서 SCAN Heart First (HMO SNP) 플랜에 가입하는 경우에만 작성하십시오.**

담당 의사가 귀하에게 다음 질병 중 하나가 있다고 진단했습니까?

- 울혈성 심부전  예  아니오
- 관상 동맥 질환  예  아니오
- 심장부정맥  예  아니오
- 말초혈관질환  예  아니오
- 만성 정맥 혈전색전성 장애  예  아니오

**귀하께서 SCAN Balance (HMO SNP) 플랜에 가입하는 경우에만 작성하십시오.**

귀하의 담당 의사는 귀하가 당뇨병이라고 진단했습니까?  예  아니오



**1** 본 페이지의 모든 항목이 필요합니다 (선택으로 표시된 사항은 예외) (계속됨)

**중요: 아래의 내용을 읽고 서명하십시오:**

- 나는 SCAN Health 플랜에 머무르려면 반드시 병원(파트A) 및 의료(파트 B) 둘 다 유지해야 합니다.
- 본 Medicare Advantage 플랜에 가입함으로써, 나는 SCAN Health 플랜이 나의 정보를 Medicare와 공유하게 됨을 인정하며, 그 곳에선 나의 가입을 추적하고, 지급을 하며, 본 정보 수집을 인가하는 연방법에 의해 허용되는 기타 목적을 위해 이를 사용할 수 있습니다(아래의 프라이버시법 선언문 참조).
- 본 서식에 대한 귀하의 응답은 자의적입니다. 하지만, 응답하지 않으면 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.
- 이 가입 서식에 있는 정보는 내가 아는 한 정확합니다. 만약 내가 고의로 이 서식에 허위 정보를 제공한다면, 플랜에서 탈퇴 처리됨을 이해했습니다.
- 나는 Medicare 가입자가 미국령 주변에서 제한된 보장을 받는 경우를 제외하고, 미국을 떠나 있는 동안 Medicare의 보장을 받지 못한다는 사실을 이해했습니다.
- 나는 내 SCAN Health 플랜 보장이 시작될 때, 반드시 모든 의료 및 처방약 급여를 SCAN Health 플랜으로부터 받아야 함을 이해했습니다. SCAN Health 플랜에 의해 제공되고 SCAN Health 플랜의 “보장 증명서”(Evidence of Coverage, 가입자 계약서 또는 가입자 동의서라고도 함)에 포함된 급여 및 서비스는 보장될 것입니다. Medicare나 SCAN Health 플랜 그 어느 곳도 보장되지 않는 급여 또는 서비스에 대해 지불하지 않을 것입니다.
- 나는 이 신청서의 내 서명(또는 나를 대신하도록 법적 인가를 받은 사람의 서명)이 본 신청서의 내용을 읽고 이해했음을 의미한다는 것을 이해했습니다. 만약 (위에 명시된) 공식 대리인에 의해 서명되었다면, 이 서명은 다음을 증명합니다:
  - 1) 이 사람은 주 법률에 따라 이 가입을 작성하도록 인가받았으며,
  - 2) 이 권한에 대한 서류는 Medicare에 의한 요청 시 제공이 가능합니다.

서명: \_\_\_\_\_ 오늘 날짜:  -  -

만약 귀하께서 공식 대리인이라면, 위에 서명하고 여기의 항목을 기입하십시오:

이름:	주소:
전화번호:	가입자와의 관계:

**2** 본 페이지의 모든 항목은 선택사항입니다

다음 질문에 답하는 여부는 귀하의 선택입니다. 이를 기입하지 않았다는 이유로 보장이 거절되지는 않습니다.

영어 외의 언어로 된 정보를 귀하께 보내드리길 원한다면 하나를 선택하십시오. <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 중국어	
접근 가능한 포맷으로 된 정보를 귀하께 보내드리길 원한다면 하나를 선택하십시오. <input type="checkbox"/> 점자 <input type="checkbox"/> 큰 글씨체 <input type="checkbox"/> 오디오 CD 위에 제시된 것이 아닌 다른 언어나 이해하기 쉬운 형식으로 된 정보를 원하시면 SCAN Health 플랜에 1-800-559-3500번(TTY: 711번)으로 연락해 주십시오. 저희 업무 시간은 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시~오후 8시입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지의 기간은 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시입니다. TTY 사용자는 TTY 711번으로 전화하십시오.	
귀하는 일하고 계십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	귀하의 배우자는 일하고 계십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
귀하의 주치의(PCP), 클리닉 또는 보건센터를 적어 주십시오:	귀하는 현재 이 주치의의 환자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
나는 다음 자료를 이메일로 받아보고 싶습니다. <input type="checkbox"/> 미국 우편서비스가 아니라 온라인을 통해 파트 C 급여 설명(EOB) 및 연례 변경 고지(ANOC)를 받으시려면 여기에 체크하십시오. 이 문서 중 하나가 준비될 때마다 이메일을 받으실 것입니다. 언제든지 미국 우편서비스로 변경하실 수 있습니다.	
이메일 주소: _____	



### 3

## 귀하 플랜의 보험료 납부

귀하는 귀하의 월 플랜 보험료(귀하께서 현재 지니고 있거나 소유하고 있을 수도 있는 어떠한 늦은 가입 페널티든 포함하여)를 우편, 전자자금이체(EFT) 또는 신용 카드로 매달 지불할 수 있습니다. **귀하는 또한 귀하의 사회보장 또는 철도은퇴위원회(RRB) 급여에서 자동으로 매달 차감되도록 함으로써 귀하의 보험료를 지불하도록 선택할 수도 있습니다.**

**만약 귀하께서 파트 D-소득 관련 월 수정금액(파트 D-IRMAA)을 지불해야 한다면, 귀하는 반드시 귀하의 플랜 보험료 외에 이 추가 금액을 지불해야 합니다.** 대개 귀하의 사회보장 급여에서 이 금액을 차감하거나, 귀하께서 Medicare(또는 RRB)로부터 청구서를 받을 수도 있습니다. 파트 D-IRMAA를 SCAN Health 플랜에 지불하지 마십시오.

만약 귀하께서 지불 옵션을 선택하지 않는다면, 귀하는 매달 청구서를 받게 될 것입니다.

### 보험료 지불 옵션을 선택하십시오:

#### 청구서 받기.

#### 매달 귀하의 은행 계좌에서 전자자금이체(EFT). VOIDED 체크를 동봉하거나 다음 사항을 제공하십시오:

계좌 소유자 이름:

은행 라우팅 번호:

은행 계좌 번호:

계좌 유형:  당좌  저축

#### 신용 카드/직불 카드. 다음 정보를 제공하십시오: 카드의 유형: VISA M/C AMEX Discover

카드에 표시된 계좌 소유자의 이름:

계좌 번호:

만료일:  /  (MM/YYYY) 보안 코드:

#### 귀하의 월간 사회보장 또는 철도은퇴위원회(RRB) 급여 체크에서 자동 차감.

나는 다음으로부터 월간 급여를 받고 있습니다:  사회보장  RRB

사회보장/RRB 차감은 사회보장 또는 RRB가 공제를 승인한 후 개시되려면 2개월 또는 그 이상 걸릴 수 있습니다. 대부분의 경우 만약 사회보장 또는 RRB가 귀하의 자동 차감 요청을 수락한다면, 사회보장 또는 RRB 급여 체크로부터의 첫 공제에는 귀하의 가입 발효일로부터 공제가 시작되는 시점까지 지불해야 하는 모든 보험료가 포함될 것입니다. 만약 사회보장 또는 RRB가 귀하의 자동 차감 요청을 승인하지 않는다면, 저희는 귀하께 월 보험료에 대한 서면 청구서를 발송하게 됩니다.

### 프라이버시법 선언문

Medicare & Medicaid 서비스 센터(CMS)는 Medicare Advantage (MA) 또는 처방약 플랜(PDP)의 수익자 가입을 추적하고, 케어를 향상시키며, Medicare 급여 지급을 위해 Medicare 플랜으로부터 정보를 수집합니다. 사회보장법 섹션 1851 및 1860D-1과 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 및 423.32는 이 정보의 수집을 인가합니다. CMS는 Medicare 수익자로부터의 가입 데이터를 기록 고지 시스템(SORN) "Medicare Advantage 처방약(MARx)", 시스템 No. 09-70-0588 에 규정된 대로 사용, 공개 및 교환할 수 있습니다. 본 서식에 대한 귀하의 응답은 자의적입니다. 하지만, 응답하지 않으면 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.



## 가입기간 적격성 증명

**연례 가입기간은 10월 15일부터 12월 7일까지입니다.** 예외적으로, 이 기간 외에 Medicare Advantage 플랜에 대한 가입이 허용될 수도 있습니다. 귀하는 다음 박스에 체크함으로써 귀하가 아는 한, 가입 기간에 가입할 자격이 있음을 증명하는 것입니다. 후일 이 정보가 정확하지 않은 것으로 결정되는 경우, 귀하는 해약 대상이 될 수 있습니다.

- 나는 Medicare의 신규 가입자입니다.
- 나는 Medicare Advantage 플랜에 가입되어 있으며 Medicare Advantage 오픈 가입 기간(MA OEP) 동안 변경하고자 합니다.
- 나는 최근에 현재 플랜에 속한 서비스 지역의 밖으로 이사했거나, 최근에 이사했는데 이 플랜은내게 새로운 옵션입니다.나는 다음 날짜에 이사왔습니다:  /  /
- 나는 최근에 수감 생활을 마쳤습니다. 석방일:  /  /
- 나는 미국 이외 지역에서 영구 거주하다가다음 날짜에 미국으로 귀국했습니다:  
 /  /
- 나는 최근에 합법적인 미국 체류 자격을 취득했습니다. 이 자격을 다음 날짜에 얻었습니다:  
 /  /
- 나는 최근 내 Medicaid에 변경이 있었으며(새롭게 Medicaid를 획득했거나, Medicaid 보조 수준이 변경되었거나, Medicaid를 잃게 됨) 그 날짜는 이렇습니다:  
 /  /
- 나는 최근에 Medicare 처방약 보장에 대한 내 Extra Help 지급에 변경이 있었으며(새롭게 Extra Help를 획득했거나, Extra Help 수준이 변경되었거나, Extra Help를 잃게 됨), 그 날짜는 이렇습니다:  /  /
- 나는 Medicare와 Medicaid를 모두 갖고 있거나(또는 내 주가 나의 Medicare 보험료를 지원하고 있음) 내 Medicare 처방약 보장에 지불하는 Extra Help가 있으나, 변경은 없었습니다.
- 나는 장기 진료 시설(예를 들어, 요양원 또는 장기 진료 시설)로 이사할 예정이거나, 현재 살고 있거나, 최근에 퇴원했습니다. 나는 다음 날짜에 해당 시설로/에서 이사했습니다/이사할 것입니다:  
 /  /
- 나는 최근에 PACE 프로그램에서 다음 날짜에 탈퇴했습니다:  /  /
- 나는 최근 타의적으로 내 크레딧성 처방약 보장(Medicare에 상응하는 보장)을 상실했습니다. 그 날짜는 이렇습니다:  /  /
- 나는 다음 날짜에 고용주 또는 노조를 통한 보장에서 탈퇴하게 됩니다:  /  /
- 나는 주에서 제공하는 약국 지원 프로그램에 속해 있습니다.
- 내 플랜이 Medicare와의 계약을 종료하거나, Medicare가 내 플랜과의 계약을 종료하게 됩니다.
- 나는 Medicare(또는 주)에 의한 플랜에 가입되었으며 다른 플랜을 선택하고 싶습니다. 그 플랜에서 내 가입의 시작날짜는 이렇습니다:  /  /
- 나는 특수한 필요 플랜(SNP)에 가입되었지만 그 플랜에 요구되는 특수한 필요의 자격을 상실했습니다. SNP 탈퇴일:  /  /
- 나는 응급상황 또는 대형 재해(연방 응급상황 관리 기관(FEMA) 또는 연방, 주 또는 지방 정부 기관에 의한 선포에 따름)의 피해를 받았습니다. 여기의 다른 설명 중 하나가 내게 해당되었으나, 재해로 인해 가입 요청을 할 수 없었습니다.
- 나는 최근 재정적 문제로 주 또는 지역적 규제 당국에 의해 인수된 Medicare Advantage 플랜에 속해 있습니다.
- 나는 지난 3년간 3점 미만의 별점을 받은 Medicare Advantage 플랜에 속해 있습니다.

### INTERNAL OFFICE USE ONLY

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#
Emergency Contact (optional):	Phone Number:	Relationship to you:

