

2022년 개인 가입 신청서



신청서는 누가 사용할 수 있나요?

Medicare 가입자로서 Medicare Advantage 플랜에 가입하려는 개인

일반적으로 Medicare Advantage 플랜에 가입하기 위한 조건:

- 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 등록 기간(10월 15일-12월 7일)에 플랜에 가입하려면 12월 7일까지 작성한 신청서를 플랜에 제출해야 합니다.
- 플랜이 보험료 청구서를 발송해 드릴 것입니다. 보험료는 은행 계좌에서 인출되도록 하거나, 월간 사회보장(또는 철도청 퇴직 위원회(Railroad Retirement Board)) 수당에서 차감되도록 요청할 수 있습니다.

향후 진행 절차는?

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 1-800-559-3500번으로 연락해 주십시오(TTY: 711).

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.

1995년 서류작업 감축법에 따라, 유효한 OMB 관리번호가 표시되지 않은 한 아무도 정보 수집에 대응할 의무가 없습니다. 이 정보 수집에 대한 유효한 OMB 관리 번호는 0938-NEW입니다. 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 Classic(HMO)

- 001 벤추라 카운티 월 \$0
- 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 \$45
- 069 스타니슬로스 카운티 월 \$0
- 075 알라메다 카운티 월 \$0
- 078 산마테오 카운티 월 \$0

SCAN Compass(HMO)

- 074 나파 및 소노마 카운티 월 \$30

SCAN Options(HMO)

- 073 산타클라라 카운티 월 \$0
- 083 벤추라 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

Scripps Classic offered by SCAN Health Plan(HMO)

- 005 샌디에이고 카운티 월 \$0

Scripps Signature offered by SCAN Health Plan(HMO)

- 004 샌디에이고 카운티 월 \$74

Scripps Plus offered by SCAN Health Plan(HMO)

- 040 샌디에이고 카운티 월 \$31.50

SCAN Plus(HMO)

- 045 로스앤젤레스, 오렌지, 리버사이드, 샌버나디노, 샌프란시스코, 벤추라 카운티 월 \$31.50
- 071 스타니슬로스 카운티 월 \$31.50
- 072 산타클라라 카운티 월 \$31.50

SCAN Venture(HMO)

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

SCAN Alta(HMO)

- 082 샌디에이고 카운티 월 \$0

SCAN Balance(HMO SNP)

- 034 로스앤젤레스 및 오렌지 카운티 월 \$0
- 054 나파 및 소노마 카운티 월 \$38
- 070 스타니슬로스 카운티 월 \$0
- 076 알라메다 카운티 월 \$0
- 079 산마테오 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 \$49
- 077 알라메다 카운티 월 \$0
- 080 산마테오 카운티 월 \$0

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

- 055 샌디에이고 카운티 월 \$26

SCAN Healthy at Home(HMO SNP)

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

SCAN Connections(HMO SNP)

- 010 로스앤젤레스, 리버사이드, 샌버나디노 카운티 월 \$0

SCAN Connections at Home(HMO SNP)

- 030 로스앤젤레스, 리버사이드, 샌버나디노 카운티 월 \$0

SCAN Embrace(HMO SNP)

- 086 로스앤젤레스 카운티 월 \$0
- 087 오렌지 카운티 월 \$0

중요 사항

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.
- 본 가입 신청서에 기재된 정보는 본인이 알고 있는 한 사실과 다름이 없습니다. 본인은 본 신청서에 의도적으로 거짓된 정보를 기입할 경우 플랜에서 탈퇴된다는 점을 이해합니다.
- 본인은 미국 국경 근처에 있을 때 혜택이 제한된다는 사실과 함께 미국 외 지역에 있는 동안 일반적으로 Medicare의 보장을 받지 못한다는 것을 이해합니다.
- 본인의 SCAN Health Plan 보장이 시작되면 모든 의료 혜택과 처방약 혜택을 SCAN Health Plan으로부터 받아야 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.
- 본인이 본 신청서에 서명하는 경우(또는 본인의 합법적인 위임 대리인이 서명하는 경우) 신청서의 내용을 읽고 이해했다는 것을 의미합니다. 권한을 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 가능합니다.

서명: _____ 오늘 날짜: - -

권한을 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. 질문에 답변을 하지 않아도 보장이 거절되는 일은 없습니다.

영어 이외의 다른 언어로 정보를 받기를 원하시면 다음 중 하나의 언어를 선택해 주십시오.	<input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 중국어
장애인을 위한 형식으로 정보를 받기를 원하시면 다음 중 하나를 선택해 주십시오.	<input type="checkbox"/> 점자체 <input type="checkbox"/> 대형 인쇄체 <input type="checkbox"/> 오디오 CD
SCAN Health Plan에 1-800-559-3500(TTY: 711)번으로 연락하여 위에 열거되지 않은 다른 형식으로 정보를 요청하실 수 있습니다. 저희 업무 시간은 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시-오후 8시입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지의 기간에는 월요일-금요일, 오전 8시-오후 8시 중에 연락해 주십시오. TTY 사용자는 711로 전화해 주십시오.	
현재 직업이 있으십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	배우자/동거인에게 각자 현재 직업이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
귀하가 이용하시는 주치의(PCP), 클리닉 또는 병원을 적어 주십시오.	현재 이 의사의 환자이십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
다음 자료를 이메일로 수령하기를 원합니다. <input type="checkbox"/> 미국 우편서비스가 아니라 온라인을 통해 파트 C 혜택 설명(EOB) 및 연례 변경 통지서(ANOC)를 받으시려면 여기에 체크하십시오. 이러한 문서들이 준비될 때마다 이메일을 보내드릴 것입니다. 언제든지 미국 우편서비스로 변경하실 수 있습니다.	
이메일 주소: _____	



3

플랜 보험료 지불 방법

현재 또는 미래에 발생할 수 있는 가입 지연 벌금을 포함한 월납 플랜 보험료는 매월 우편, 전자 자금 이체(EFT) 또는 신용카드로 납부할 수 있습니다. **사회보장국 또는 철도청 퇴직 위원회(Railroad Retirement Board, RRB) 연금에서 매월 자동으로 보험료가 공제되도록 선택하실 수도 있습니다.**

파트 D 소득 관련 월 조정액(파트 D-IRMAA)을 납부해야 할 경우, 플랜 보험료에 추가적으로 이 금액을 납부해야 합니다. 이 금액은 보통 사회보장 연금에서 공제되거나 Medicare(또는 RRB)가 청구서를 보낼 수 있습니다. SCAN Health Plan에 파트 D-IRMAA 보험료를 납부하지 마십시오.

귀하가 지불 방법을 선택하지 않으시면 저희가 매달 청구서를 보내드릴 것입니다.

보험료 지불 방법을 선택해 주십시오.

청구서를 받겠습니다.

월 사회보장국 또는 철도청 퇴직 위원회(Railroad Retirement Board, RRB) 혜택 수표에서 자동으로 공제.

본인이 매월 혜택을 받는 곳: 사회보장국 RRB

사회보장국/RRB가 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 월 보험료 청구서를 보내드릴 것입니다. 1-800-559-3500번으로 SCAN 가입자 서비스부에 전화하여 전자 자금 이체(EFT) 나 신용카드 또는 직불카드 등 원하는 지불 방법을 설정할 수 있습니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 내내 오전 8시-오후 8시 사이에, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일부터 금요일까지 오전 8시-오후 8시 사이에 전화해 주십시오. TTY 사용자는 711로 연락해 주십시오.

www.scanhealthplan.com/members/register로 이동하여 SCAN 가입자 계정에 온라인으로 등록하면 온라인에서 결제를 할 수 있습니다.

개인정보 보호법 규정

Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS)는 Medicare Advantage(MA) 또는 처방약 플랜(PDP)의 가입자 등록을 추적하고, 서비스를 개선하고, Medicare 혜택 납부 등을 추적하기 위해 Medicare 플랜으로부터 정보를 수집합니다. 사회보장법 1851절 및 1860D-1절, 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 및 423.32는 이러한 정보의 수집을 허락하고 있습니다. CMS는 기록 알림 시스템(SORN) “Medicare Advantage 처방약(MARx)”, 시스템 번호 09-70-0588에 명시된 바와 같이 Medicare 가입자의 가입 정보를 사용, 공개 및 교환할 수 있습니다. 이 신청서에 대한 귀하의 답변은 자발적으로 이루어집니다. 하지만 답변하지 않을 경우, 플랜 가입에 영향을 줄 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 등록 기간 동안 등록 자격이 있다는 것을 증명하는 것입니다. 추후에 이 정보가 정확하지 않다고 판단될 경우 귀하의 가입은 무효가 될 수 있습니다.

- 본인은 Medicare 신규 가입자입니다.
- 본인은 현재 Medicare Advantage 플랜에 가입되어 있는 상태이며 Medicare Advantage 공개 가입 기간(MA OEP) 중에 플랜 변경을 원합니다.
- 본인은 현재 플랜의 서비스 지역에서 다른 지역으로 이사를 나왔거나 최근 이사해 왔으며 이 플랜은 본인에게 새로운 옵션입니다.
이사일: / /
- 본인은 최근 감옥에서 석방되었습니다. 출소일: / /
- 본인은 미국 외 지역에서 거주하다가 최근 미국으로 귀국했습니다. 미국 귀국일: / /
- 본인은 최근 미국에서 합법적 체류 신분을 획득했습니다. 신분 획득일: / /
- 본인의 Medicaid 자격에 최근 변동 사항이 있었습니다(Medicaid에 신규로 가입했거나 Medicaid 지원 레벨이 변경되었거나 Medicaid를 상실). 변경사항 발생일: / /
- 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). 변경사항 발생일: / /
- 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.
- 본인은 장기 치료 시설(예: 요양원 또는 장기 치료 시설)로 들어갈 예정이거나 현재 들어가 있거나 최근에 나왔습니다.
장기 치료 시설로 입주한 날짜 또는 입주 예정일 또는 퇴소일: / /
- 최근 PACE 프로그램 탈퇴일: / /
- 본인은 최근 처방약 보장(Medicare만큼 좋은 보장)에서 비자발적으로 해지되었습니다. 약 보장 해지일: / /
- 고용주 또는 노동조합 보장 탈퇴일: / /
- 본인은 주에서 제공하는 의약품 지원 프로그램에 가입되어 있습니다.
- 제 플랜은 Medicare와의 계약을 종료하거나 Medicare가 제 플랜과의 계약을 종료합니다.
- Medicare(또는 주 정부)에서 본인을 플랜에 가입시켰는데 다른 플랜으로 바꾸고 싶습니다. 해당 플랜의 가입 개시일: / /
- 본인은 특수 요구 플랜(Special Needs Plan, SNP)에 가입했으나 해당 플랜에서 요구하는 자격 조건을 상실했습니다. SNP 탈퇴일: / /
- 본인은 비상 사태 또는 주요 재해(연방재난관리국(FEMA) 또는 연방, 주 또는 지방 정부 당국에서 재난을 선포한 경우)로 인한 피해를 입었습니다. 여기에 나와 있는 기타 진술 중 하나가 본인에게 적용되었지만 자연 재해 피해로 인해 등록을 할 수 없었습니다.
- 본인은 재정 문제로 인해 최근에 주 또는 지역 규제 당국에 의해 인수된 Medicare Advantage 플랜에 가입해 있습니다.
- 본인은 지난 3년 동안 별점 등급이 3점 미만이었던 Medicare Advantage 플랜에 가입되어 있습니다.

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: <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:	
Physician ID Number <input type="text"/>		Group ID Number <input type="text"/>	



