

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 가입 요청 양식

누가 양식을 사용할 수 있는가?

Medicare 를 가지고 있고 Medicare Advantage 플랜에 가입을 원하는 사람

플랜에 가입을 원하면, 다음을 충족해야 함:

- 미국 시민권자이거나 또는 합법적으로 미국에 거주하는 사람.
- 플랜의 서비스 지역에 거주

주요사항: Medicare Advantage 플랜에 가입하려면, 다음 두 가지를 가지고 있어야 합니다:

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

언제 양식을 사용하는가?

플랜에 가입 가능:

- 매년 10월 15일 – 12월 7일 사이 (1월 1일 혜택 시작을 위해)
- 처음 Medicare를 받은 후 3개월 이내
- 가입 또는 플랜 전환이 허용되는 특정 상황

플랜에 가입할 수 있는 시기에 대해 자세히 알아보려면 Medicare.gov 를 방문하십시오.

양식을 완성하기 위해 무엇이 필요한가?

- 회원의 Medicare 번호 (빨강, 파랑 및 하얀색 Medicare 카드에 적힌 번호)
- 회원의 영구 주소 및 전화번호

참고: 섹션 1을 완전히 작성하십시오. 섹션 2는 선택권이 있습니다 — 작성하지 않았다고 해서 보장을 거부할 수 없습니다.

알림:

- 가을 공개 가입 기간(10월 15일–12월 7일) 동안 가입하길 원한다면 12월 7일까지 플랜에 완성된 양식을 제출해야 합니다.

다음은 무엇인가?

완성하고 서명한 양식을 다음 주소로 보내십시오:

CalOptima Health OneCare Complete
505 City Parkway West, Orange, CA 92868

회원의 가입 요청이 처리되면, 회원에게 연락을 할 것입니다.

양식에 대한 도움은 어떻게 받는가?

CalOptima Health OneCare Complete 번호
1-877-412-2734 로 문의하십시오. TTY 사용자는 **711** 로 문의하십시오.

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

En español: Llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734**. TTY al **711** o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

노숙자를 경험하는 사람

- 플랜에 가입하고 싶지만 거주지가 없는 경우 사서함, 쉼터 또는 진료소 주소 또는 우편물 (예: 사회보장 수표)을 받는 주소가 영구 주소로 간주될 수 있습니다.

1995년 문서감축법(Paperwork Reduction Act of 1995)에 따라, 유효한 OMB 통제번호가 표시되어 있는 경우를 제외하고 어떠한 사람도 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 본 정보 수집에 대한 유효한 OMB 통제번호는 0938-1378입니다. 이 정보 수집에 드는 시간은 지침을 검토하고, 기존 자료 자료를 검색하고, 필요한 자료를 수집하는 시간 및 정보 수집을 마치고 검토하는 시간을 포함하여 응답마다 보통 20분정도입니다. 만약 시간 추정치의 정확성에 관한 의견이나 양식을 개선하기 위한 제안이 있으시면, 다음의 주소 CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850 으로 보내시기 바랍니다.

주요 정보

본 양식이나 개인 정보가 포함된 기타 항목(예: 청구, 지불, 의료 기록 등)을 PRA 보고서 정리 사무소로 보내지 마십시오. 이 양식이나 수집 부담(OMB 0938-1378에 설명됨)을 개선하는 방법이 아닌 모든 항목은 폐기될 것입니다. 그것은 유지, 검토 또는 플랜에 전달되지 않을 것입니다. 플랜에 완성된 양식을 보내려면, 본 페이지의 "다음은 무엇인가?"를 참고하십시오.

섹션 1 – 이 페이지의 모든 부분은 필수 항목(선택 사항으로 표시되지 않은 경우)			
원하는 플랜을 선택하십시오: ☐ CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP) – 매달 \$0			
이름:	성:	[선택권: 미들네임]:	
생년월일: (YYYY년 MM월 DD일) (____/____/____)	성별: ☐ 남 ☐ 여	전화번호: (____) _____	
영구 거주 주소 (우편박스 PO. Box는 적지 마십시오. 참고: 노숙자의 경우, 우편함 (PO. Box) 이 영구 거주 주소로 간주될 수 있습니다.):			
시:	[선택 사항: 카운티]:	주:	우편(ZIP) 코드:
우편물 주소, 영구 주소와 다르다면 (우편함 (PO. Box) 허용):			
주소:	시:	주:	우편 (ZIP) 코드:
회원의 Medicare 정보:			
Medicare 번호: _____ - _____ - _____			
다음 중요한 질문들에 답하십시오:			
CalOptima Health OneCare Complete 외에 추가로 다른 처방약 혜택 (VA, TRICARE 등과 같은) 이 있을 예정입니까? ☐ 예 ☐ 아니오			
다른 혜택 보장의 이름:	본 혜택 보장의 회원 번호:	본 혜택 보장의 그룹 번호:	
_____	_____	_____	
귀하는 주 Medicaid (Medi-Cal) 프로그램에 가입되어 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 "예"라면, Medicaid 9개 번호 (Client Index Number (CIN)) 를 제공하십시오: _____			

주요 정보: 다음을 읽고 서명하십시오:

- 나는 CalOptima Health OneCare Complete 를 유지하려면 병원 (파트 A) 과 의료 (파트 B) 를 모두 유지해야 합니다.
- 이 Medicare Advantage 플랜에 가입함으로써, 나는 CalOptima Health OneCare Complete가 Medicare 와 내 정보를 공유할 것임을 인정하며, 이 정보를 사용하여 나의 가입을 추적하고, 지불하고, 이 정보 수집을 승인하는 연방법에서 허용하는 기타 목적을 위해 사용할 수 있습니다. (아래 개인정보 보호법 선언문 참조). 본 양식에 대한 회원의 응답은 자발적입니다. 하지만 응답을 하지 않으면 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.
- 나는 한 번에 하나의 MA 플랜에만 가입할 수 있으며 이 플랜에 가입하면 다른 MA 플랜에 대한 가입이 자동으로 종료됨을 이해합니다(MA PFFS, MA MSA 플랜에는 예외 적용).
- 나는 나의 CalOptima Health OneCare Complete 보장이 시작되면 CalOptima Health OneCare Complete 에서 모든 의료 및 처방약 혜택을 받아야 한다는 것을 이해합니다. CalOptima Health OneCare Complete 에서 혜택 및 서비스가 제공되고 CalOptima Health OneCare Complete "회원 안내서 (혜택 증명서, Evidence of Coverage)" 문서 (회원 계약서 또는 가입자 계약서이라고도 함)에 포함된 것들이 보장됩니다. Medicare 또는 CalOptima Health OneCare Complete는 보장되지 않는 혜택이나 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다.
- 본 가입 양식의 정보는 내가 아는 한 정확합니다. 나는 본 양식에 의도적으로 잘못된 정보를 제공하는 경우 플랜에서 탈퇴될 것임을 이해합니다.
- 나는 본 신청서에 있는 나의 서명(또는 나를 대신할 법적 권한이 있는 사람의 서명)이 내가 본 신청서의 내용을 읽고 이해했음을 의미한다는 것을 이해합니다. 승인된 대리인(위 설명된)이 서명한 경우, 서명은 다음을 인증합니다:
 1. 이 사람은 주법에 따라 이 가입을 완료할 권한이 있으며
 2. 이 권한에 대한 문서는 Medicare에서 요청 시 제공됩니다.

서명:

오늘 날짜:

승인된 대리인은 위에 서명하고 다음을 작성하십시오.

이름:

주소:

전화번호: ()

가입자와 관계:

섹션 2 - 이 섹션 모든 부분은 선택 항목입니다

질문에 응답하는 것을 선택할 수 있습니다. 응답을 하지 않았다고 혜택을 거부할 수 없습니다.

저희가 영어 이외의 언어로 정보를 보내는 것을 원하면 하나를 선택하십시오.

☐ 스페인어 ☐ 베트남어 ☐ 페르시아어 ☐ 아랍어 ☐ 중국어 ☐ 한국어 ☐ 러시아어

저희가 접근 가능한 형식으로 정보를 보내는 것을 원하면 하나를 선택하십시오.

☐ 점자 ☐ 큰 활자 ☐ 오디오 CD ☐ 데이터 CD

정보를 위에 적힌 형식 외 접근 가능한 형식을 원하면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** 로 전화하십시오. 저희 영업 시간은 월요일부터 금요일 오전 8시부터 오후 5시까지입니다. TTY 사용자는 번호 **711**을 이용하십시오.

직장이 있으십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

배우자는 직장이 있으십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

회원의 주치의(PCP), 클리닉 또는 건강 센터를 적으십시오:

이 양식을 작성하는 데 가입을 돕는 개인에게만 해당
For individuals helping enrollee with completing this form only

Complete this section if you're an individual (i.e. agents, brokers, SHIP counselors, family members, or other third parties) helping an enrollee fill out this form.

Name: _____ Relationship to enrollee: _____

Signature: _____ National Producer Number (Agents/Brokers only): _____

Effective Date of Coverage: _____

IEP: AEP: SEP: ICEP (type): _____

개인정보 보호법

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)는 Medicare Advantage (MA) 또는 처방약 플랜의 수혜자 가입을 추적하고, 치료를 개선하고, Medicare 혜택 지불을 위해 Medicare 플랜에서 정보를 수집합니다. 사회 보장법 섹션 1851 및 1860D-1 및 42 CFR § 422.50, 422.60, 423.30 및 422.60는 이 정보의 수집을 승인합니다. CMS는 SORN (System of Records Notice) "Medicare Advantage 처방약 (MARx)", 시스템 번호 09-70-0588에 지정된 대로 Medicare 수혜자의 가입 데이터를 사용, 공개 및 교환할 수 있습니다. 본 양식에 대한 회원의 응답은 자발적입니다. 하지만 응답을 하지 않으면 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 은 Medicare 및 Medi-Cal 계약을 갖춘 Medicare Advantage 기관입니다. CalOptima Health OneCare 가입은 계약 갱신 여부에 따라 달라질 수 있습니다. CalOptima Health OneCare 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일부터 3월 31일까지는) 주 7일 오전 8시~오후 8시사이, (4월 1일부터 9월 30일까지는) 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시사이 전화해 주십시오. 저희 웹사이트 **www.caloptima.org/OneCare** 를 방문하십시오.