



2021년 개인 가입 요청 양식

Blue Shield Rx Plus (PDP) 및 Blue Shield Rx Enhanced (PDP) Medicare 처방 의약품 플랜

본 양식은 누가 작성하나요?

Medicare 처방 의약품 플랜 가입을 원하는 Medicare 가입자

플랜에 가입하려면:

- 미국 시민 또는 미국에 합법적으로 거주 중인 사람이어야 합니다
- 플랜 서비스 지역에 거주해야 합니다

중요: Medicare 처방 의약품 플랜에 가입하려면 반드시 다음 플랜 중 하나 이상을 보유해야 합니다:

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

언제 본 양식을 작성하나요?

플랜에 가입할 수 있는 경우는 다음과 같습니다:

- 매년 10월 15일~12월 7일(1월 1일 보장 시작)
- Medicare 첫 가입 후 3개월 이내
- 플랜 가입 또는 플랜 변경이 허용되는 특정한 상황

플랜에 가입할 수 있는 경우를 자세히 알아보시려면 Medicare.gov에 방문해주세요.

본 양식을 작성하려면 무엇이 필요한가요?

- 본인의 Medicare 번호(빨간색, 흰색, 파란색 Medicare 카드에 적힌 번호)
- 영구 거주지 주소 및 전화번호

유의 사항: 섹션 1의 모든 항목을 작성하셔야 합니다. 섹션 2의 항목은 선택 사항입니다. 이 부분을 작성하지 않았다고 해서 보장이 거부되지 않습니다.

알림:

- 가을 정규 가입 기간에 플랜에 가입하시려면(10월 15일~12월 7일), 요청서가 플랜에 12월 7일까지 도착해야 합니다.
- 플랜에서 플랜 보험료 청구서를 발송할 것입니다. 매월 보험료를 은행 계좌에서 납부하거나 월별 Social Security(사회보장) (또는 Railroad Retirement Board(철도퇴직위원회)) 연금에서 공제하도록 신청할 수도 있습니다.

다음으로 무엇을 해야 하나요?

양식을 작성하고 서명한 후 우편이나 팩스, 이메일로 발송해주세요:

우편: Blue Shield of California
PO Box 948
Woodland Hills, CA 91365-9856

팩스: (877) 251-3660

이메일: WHMembership@blueshieldca.com

가입 요청을 처리한 후, 연락을 드립니다.

양식 작성에 도움을 받고 싶습니다.

고객 관리 부서에 **(888) 239-6469**번으로 전화해주세요. TTY 사용자는 **711**번으로 전화하시면 됩니다.

또는 Medicare에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 전화해주세요. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하시면 됩니다.

En español: Llame a Customer Care al **(888) 239-6469** (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.

상기에 없는 언어나 접근 가능한 양식으로 정보를 받기 원하시면 고객 관리 부서에 **(888) 239-6469** [TTY 사용자는 **711**]번으로 연락해주세요. 당사 사무소는 10월 1일부터 3월 31일 사이에는 매일 오전 8시에서 오후 8시까지 영업하며, 4월 1일부터 9월 30일 사이에는 주중에는 오전 8시에서 오후 8시까지, 토요일과 일요일은 오전 8시에서 오후 5시까지 영업합니다.

직장이 있으신가요? 예 아니요 배우자가 직장이 있으신가요? 예 아니요

다음 자료를 이메일로 받고 싶습니다. 하나 이상 선택하세요.

- 인쇄물로 받는 대신 이메일로 필수 플랜 자료(즉, 가입 알림, 변경 내용 연례 알림)를 받겠습니다.
- 인쇄물로 받는 대신 이메일로 기타 플랜 자료(즉, 혜택 홍보물 및 이벤트 초대권, 플랜 소식지)를 받겠습니다.

상기 칸에 표시하지 않는 경우 우편으로 인쇄물을 받게 됩니다. 귀하의 플랜 ID 카드에 있는 번호로 고객 관리 부서에 전화하면 언제든지 인쇄물을 받는 것으로 변경할 수 있습니다.

이메일 주소

플랜 보험료 납부하기

매월 플랜 보험료는 매월 우편, 전자 송금(EFT), 신용카드로 납부할 수 있습니다.

매월 청구서를 받습니다.

은행 계좌에서 매월 전자 송금(EFT)으로 납부합니다. 무효가 된(VOID) 체크를 동봉해주시거나 다음 정보를 제공해주세요.

계좌 소유주 성명:

은행 라우팅 번호:

은행 계좌 번호:

계좌 유형: 당좌예금 저축예금

신용카드. 다음 정보를 제공해주세요:

카드 유형:

카드에 표시된 경우
소유주 성명:

번호:

만료일:

매월 사회보장연금 또는 철도퇴직위원회(RRB) 베네피트 체크에서 자동 공제.

매월 다음 기관에서 베네피트를 받습니다: 사회보장연금 RRB

(사회보장연금/RRB 공제는 사회보장연금 또는 RRB가 공제를 승인하고 시작하기까지 2개월 이상 걸릴 수 있습니다. 대부분의 경우, 사회보장연금 또는 RRB가 자동 공제 신청을 허가했다면 사회보장연금 또는 RRB 베네피트 체크의 최초 공제에는 가입 발효일부터 원천징수가 시작되는 시점까지 지급해야 하는 모든 보험료가 포함될 것입니다. 만약 사회보장연금 또는 RRB가 귀하의 자동 공제 신청을 거부한 경우, 당사는 매월 보험료 청구서를 귀하에게 발송할 것입니다.)

귀하가 파트 D-소득 관련 월간 조정 금액(파트 D-IRMAA)을 납부해야 하는 경우, 플랜 보험료와 더불어 반드시 해당 추가 금액을 납부해야 합니다. 이 금액은 보통 사회보장연금에서 공제되거나, Medicare (또는 RRB)에서 청구서를 발송할 수 있습니다. Blue Shield of California에 파트 D-IRMAA를 납부하지 마십시오.

보험판매사 정보: 보험판매사 이름 및 ID 또는 NPN은 필수 사항입니다.

FMO/대리점 이름: _____

(지정 대리점 이름을 정자체로 작성하세요)

FMO/대리점 ID 번호: _____

(대리점 세금 ID를 정자체로 작성하세요)

보험판매사 이름: _____

(판매 대리인 이름을 정자체로 작성하세요)

보험판매사 ID 번호: _____

(판매 대리인의 세금 ID를 정자체로 작성하세요)

보험판매사 NPN 번호: _____

(판매 대리인의 NPN 번호를 정자체로 작성하세요)

보험판매사 전화번호: _____

보험판매사 이메일 주소: _____

보험판매사가 신청서를 접수한 날짜: _____

보험판매사 서명: _____

나의 서명으로, 이로써 CMS Medicare 안내문 및 판매 지침서와 가입 규정을 읽고 이해했음을 증명하며, 본 가입자가 가입 키트 전체를 받았음을 확인합니다. Blue Shield of California를 대신하여, 본 Medicare 수혜자의 가입이 규칙을 준수하였음에 동의합니다.

Blue Shield of California는 Medicare 인증을 받은 PDP 플랜입니다. Blue Shield of California 가입은 계약 갱신에 따릅니다.

개인정보보호법 고지

Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS, Medicare 및 Medicaid 서비스 센터)는 Medicare Advantage (MA) 또는 처방 의약품 플랜 (PDP) 수혜자 가입을 추적하고 서비스를 개선하고 Medicare 혜택에 대한 결제를 위해 Medicare 플랜이 제공하는 정보를 수집합니다. Social Security Act(사회보장연금법) 1851 및 1860D-1절과 42 CFR §§ 422.50 및 422.60은 본 정보 수집에 권한을 부여합니다. CMS는 개인정보 통지시스템(SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARX)", 시스템 번호 09-70-0588에 규정된 대로 Medicare 수혜자의 가입 정보를 사용, 공개, 교환할 수 있습니다. 본 양식 작성은 자발적입니다. 그러나 작성하지 않는 경우 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.

일반적으로, 연간 가입 기간인 매년 10월 15일에서 12월 7일에 사이에만 Medicare 처방 의약품 플랜에 가입할 수 있습니다. 이 기간 외에 Medicare 처방 의약품 플랜에 가입 가능한 예외가 있을 수 있습니다.

다음 제시문을 주의 깊게 읽고 적용되는 사항에 표시해주세요. 최대한 아는 대로 다음 칸에 표시해주세요. 이것으로 귀하가 가입 기간에 가입할 자격이 있다는 것을 증명합니다. 이 정보가 정확하지 않다고 판단될 경우, 귀하는 제적될 수 있습니다.

- 나는 Medicare에 새로 가입했다.
- 나는 Medicare Advantage 플랜 가입자이며 Medicare Advantage 정규 가입 기간(MA OEP)에 변경하고 싶다.
- 나는 최근에 내 현재 플랜 제공 지역 외로 이사했거나 최근 이사하여 본 플랜에 새로 가입 가능해졌다. 내가 이사한 것은 (날짜 작성)이다.

- 나는 최근에 석방되었다. 내가 석방된 것은 (날짜 작성)이다.

- 나는 최근에 미국 외의 국가에서 영구적으로 거주한 이후 미국으로 돌아왔다. 내가 미국에 돌아온 것은 (날짜 작성)이다.

- 나는 최근에 미국 내 합법적 거주 자격을 얻었다. 내가 이 자격을 얻은 것은 (날짜 작성)이다.

- 최근 나의 Medicaid에 변경 사항(Medicaid 신규 가입, Medicaid 보조 수준 변경, 또는 Medicaid 상실)이 생긴 것은 (날짜 작성)이다.

- 최근 나의 Medicare 처방 의약품 보장에 납부하는 Extra Help(저소득 보조금)에 변경 사항(Extra Help 신규 수급, Extra Help 수준 변경, 또는 Extra Help 상실)이 생긴 것은 (날짜 작성)이다.

- 나는 Medicare 및 Medicaid의 수혜자이거나 (또는 나의 주는 Medicare 보험료를 납부하는 데 도움을 준다) 나의 Medicare 처방 의약품 보장에 납부하는 Extra Help를 받지만 변경 사항이 없다.

- 나는 장기 요양 시설(예, 요양원 및 장기 요양 시설)에 살고 있거나 최근 그곳에서 나왔다. 내가 시설로 이사한/이사할/시설에서 나온 것은 (날짜 작성)이다.

- 내가 최근 PACE 프로그램을 떠난 것은 (날짜 작성)이다.

- 나는 최근 원치 않게 나의 좋은 처방 의약품 보장(Medicare 보장만큼 좋은)을 잃었다. 내가 의약품 보장을 잃은 것은 (날짜 작성)이다.

- 내가 고용인 또는 조합 보장을 탈퇴하는 것은 (날짜 작성)이다.

- 나는 주에서 제공하는 약제 지원 프로그램에 속해 있다.
- 내 플랜이 Medicare와의 계약을 끝내거나, Medicare가 내 플랜과의 계약을 끝낸다.
- 나는 Medicare(또는 주)가 제공하는 플랜에 가입했으나 다른 플랜을 선택하고 싶다. 해당 플랜에 가입한 일자 (날짜 작성)이다.

- 나는 Special Needs Plan(SNP, 특별 요구 플랜)에 가입되어 있었지만, 이 플랜에 필요한 특별 요구 자격 요건을 잃었다. 내가 SNP에서 제적된 것은 (날짜 작성)이다.

- 나는 기상 관련 비상 상황 또는 대규모 재난(Federal Emergency Management Agency(FEMA, 연방재난관리청) 또는 연방, 주, 지역 정부 당국이 선포)으로 손해를 입었다. 여기 다른 제시문 중 하나가 나에게 해당되나, 자연재해로 인해 가입 신청할 수 없었다.

만약 상기 제시문 중 어떤 내용에도 해당하지 않거나 확신하지 못하는 경우, 가입 자격을 확인하기 위해 Blue Shield 고객 관리 부서에 **(888) 239-6469** (TTY 사용자는 **711**)번으로 연락해주세요. 당사는 10월 1일부터 3월 31일 사이에는 매일 오전 8시에서 오후 8시까지 영업하며, 4월 1일부터 9월 30일 사이에는 주중에는 오전 8시에서 오후 8시까지, 토요일과 일요일은 오전 8시에서 오후 5시까지 영업합니다.