2027년 Blue Shield of California Medicare Advantage 플랜 변경 양식

Blue Shield of California Medicare Advantage 플랜의 현 가입자는 Blue Shield of California가 제공하는 Medicare Advantage 플랜에 가입하기 위해 본 간편 가입 양식을 사용하실 수 있습니다.

가입 양식을 작성하면 팩스 또는 우편으로 보내주십시오.
팩스: (877) 251-3660
우편: Blue Shield of California, P.O. Box 948, Woodland Hills, CA 91365-9856

본인은 현재 _____ 의 플랜 회원입니다 _____
월 보험료는 $_____ 입니다.

가입하시려는 플랜을 선택하십시오.

Blue Shield Inspire(HMO)
- ☐ Alameda/San Mateo 카운티 (월 $60)
- ☐ Los Angeles/Orange 카운티 (월 $0)
- ☐ Merced/San Joaquin/Santa Clara/ Stanislaus 카운티 (월 $61)

Blue Shield 65 Plus(HMO)
- ☐ Los Angeles/Orange 카운티 (월 $0)
- ☐ Kern 카운티 (월 $0)
- ☐ Riverside 카운티 (월 $0)
- ☐ San Bernardino 카운티 (월 $0)
- ☐ San Diego 카운티 (월 $0)
- ☐ San Luis Obispo/Santa Barbara 카운티 (월 $70)

Blue Shield Advantage(HMO)
- ☐ San Joaquin 카운티 (월 $20)
- ☐ Sacramento/Placer 카운티 (월 $19)
- ☐ Los Angeles/Orange 카운티 (월 $0)
- ☐ San Diego 카운티 (월 $0)

Blue Shield 65 Plus Choice Plan(HMO)
- ☐ Riverside/San Bernardino 카운티 (월 $0)

Blue Shield AdvantageOptimum Plan(HMO)
- ☐ Los Angeles/Orange 카운티 (월 $0)

Blue Shield AdvantageOptimum Plan 1(HMO)
- ☐ San Diego 카운티 (월 $0)

Blue Shield 65 Plus Plan 2(HMO)
- ☐ Los Angeles/Orange 카운티 (월 $0)

Blue Shield Value Advantage Plan
****수수료 지급 대상이 아님****
- ☐ Los Angeles 카운티 (월 $0)
- ☐ San Diego 카운티 (월 $0)

본인은 본 플랜에 다른 의료 혜택이 있으며 위에서 언급한 것처럼 월 보험료가 있을 수 있다는 것을 알고 있습니다.

1995년 Paperwork Reduction Act(PRA, 문서업무감축법)에 따라 누구도 유효한 Office of Management and Budget(OMB, 관리예산실) 관리 번호가 표시되지 않는 정보의 수집에 응답할 필요가 없습니다. 본 정보 수집의 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1378입니다. 안내문을 검토하고, 기존 데이터 자료를 검색하고, 필요한 데이터를 수집하고, 정보 수집을 완료 및 검토하는 시간을 포함하여 본 정보를 완료하는 데 필요한 시간은 응답당 평균 20분 정도입니다. 시간 추정의 정확성에 대한 의견이 있거나 이 양식을 개선하기 위한 제안이 있으시면 다음 주소로 서신을 보내주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

중요

본 양식이나 개인 정보(청구, 지불, 의료 기록 등)가 포함된 항목을 PRA Reports Clearance Office(PRA 보고서 정리 담당 사무소)로 보내지 마십시오. 본 양식을 개선하는 방법에 관한 것이 아니거나 정보 수집 취지(OMB 0938-1378에 설명되어 있음)에 맞지 않는 모든 항목은 파기됩니다. 이러한 항목은 보관, 검토되거나 플랜에 반영되지 않습니다.

Y0118_26_157A_M Approved 07272026

가입자 번호:

성:	**이름:**	**중간 이름 이니셜(선택 사항):**

전화번호: **전화 유형:** ☐유선전화 ☐휴대전화

도로명 주소(사서함은 입력하지 마십시오. 참고: 노숙자가 있는 경우, 사서함이 영주권 주소로 간주될 수 있습니다.):

도로명 주소:

시: 주: 우편번호:

영구 거주지 주소와 다른 경우, 우편물 발송 주소(사서함 가능):

도로명 주소:

시: 주: 우편번호:

선택적 추가 Dental HMO 또는 선택적 추가 치과 네트워크 내 전용(INO) 플랜에 가입할 의향이 있는지 알려주십시오

☐ 선택적 추가 Dental HMO 플랜(월 $16.20)(모든 플랜/서비스 지역에서 이용 가능한 것은 아니므로 자세한 정보는 혜택의 플랜 요약을 참조해 주십시오.)

치과 의사 이름:

의료 서비스 제공자 ID 번호:

치과 의사를 선택하지 않는 경우, 가입 시 치과 의사를 배정받게 됩니다.

☐ 선택적 추가 치과 네트워크 내 전용(INO) 플랜 플랜(월 $49.00)
(모든 플랜/서비스 지역에서 이용 가능한 것은 아니므로 자세한 정보는 혜택 요약을 참조해 주십시오.) 선택적 추가 치과 네트워크 내 전용(INO) 플랜은 치과 의사를 선택할 필요가 없습니다.

선택한 주치의(PCP) 또는 클리닉 이름(HMO만 해당):

이 섹션의 필드는 선택 사항입니다

다음 질문에 답변하는 것은 귀하의 선택입니다. 이 부분을 작성하지 않았다고 해서 보장이 거부되지 않습니다.

영어 이외의 다른 언어로 정보를 받아 보시려면 하나를 선택해 주십시오.
☐ 스페인어

접근성 대체 형식으로 정보를 받아 보시려면 하나를 선택해 주십시오.
☐ 점자 ☐ 큰 활자 ☐오디오 CD ☐ 데이터 CD

위에 나열된 것 외에 접근 가능한 형식이나 언어로 된 정보가 필요한 경우 Blue Shield 고객 서비스부에 (800) 776-4466(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 당사 사무소는 주 칠 일, 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다.

이메일 주소:

위에 이메일 주소를 기재하시면 귀하의 플랜 관련 일부 통신문에 대하여 종이 없는 배송 방식에 자동 가입됩니다.

귀하에게 필요한 다양한 플랜 관련 통신문을 전자 방식으로 받아보게 됩니다. 새로운 통신문(예: 혜택 설명 또는 연간 변경 통지)이 온라인으로 제공되면 이메일을 보내 드리겠습니다. 귀하는 컴퓨터, 태블릿, 휴대폰과 같은 장치를 통해 해당 통신문을 확인할 수 있습니다.

☐ 종이 없는 배송 대신 필요한 자료의 인쇄본을 우편으로 보내 드립니다. 언제든지 배송 기본 설정을 변경할 수 있습니다.

귀하의 플랜 보험료

매월 플랜 보험료(현재 해당하거나 발생할 수 있는 가입 연체금 포함)는 매월 우편으로 납부할 수 있습니다. 보험료가 있는 플랜의 경우, 다음 결제 기한 일자 및 금액이 포함된 월별 청구서를 받거나, 사회보장 또는 Railroad Retirement Board(RRB, 철도 퇴직위원회) 연금에서 매월 자동 공제하는 방식으로 보험료를 납부하도록 선택할 수도 있습니다.

결제 옵션에 대한 자세한 정보는 **blueshieldca.com/medicarewaystopay**에서 확인하거나 고객 서비스 부서에 **(800) 776-4466(TTY: 711)**번으로 문의해 주십시오.

☐ 매월 사회보장 또는 Railroad Retirement Board(RRB) 연금 수표에서 자동 공제.
매월 다음 기관에서 연금을 받습니다. ☐ 사회보장국 ☐ RRB

(사회보장/Railroad Retirement Board 공제는 시작되기까지 2개월 이상 걸릴 수 있습니다. 대부분의 경우, 사회보장국/Railroad Retirement Board가 자동 공제 신청을 허가했다면 사회보장/Railroad Retirement Board 연금 수표의 최초 공제에는 가입 발효일부터 원천징수가 시작되는 시점까지 지급해야 하는 모든 보험료가 포함될 것입니다. 만약 사회보장/Railroad Retirement Board가 귀하의 자동 공제 신청을 거부한 경우, 당사는 매월 보험료 청구서를 귀하에게 발송할 것입니다.)

귀하가 파트 D-소득 관련 월간 조정 금액으로 평가받으면 사회보장국에서 연락을 받게 됩니다. 귀하는 플랜 보험료 이외에 이 추가 비용도 납부해야 합니다. 이 금액은 사회보장 혜택 체크에서 공제하거나 Medicare 또는 Railroad Retirement Board가 직접 귀하에게 청구할 수 있습니다. 절대 Blue Shield of California에 파트 D-IRMAA를 납부하지 마십시오.

저소득자일 경우 처방 의약품 비용 납부를 위한 Extra Help(추가 지원)를 받을 수 있습니다. 자격이 있다면 Medicare가 매월 처방 의약품 보험료, 연간 공제액, 공동보험료를 포함하여 귀하의 의약품 비용을 지급할 것입니다. 또한, 자격이 있는 경우 가입 연체금이 발생하지 않습니다. 많은 사람들이 이러한 혜택을 받을 자격이 있지만 그러한 혜택에 대해 모르고 있습니다. Extra Help에 관한 더 자세한 정보는 지역 사회보장연금 사무소에 연락하시거나, 사회보장연금 번호 **(800) 772-1213**번으로 연락하시기 바랍니다. TTY 사용자는 **(800) 325-0778**번으로 연락하시기 바랍니다. Extra Help는 **www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help**에서 온라인에서도 신청할 수도 있습니다.

귀하가 Medicare 처방약 보장 비용에 대한 Extra Help를 받을 자격이 있는 경우, Medicare는 이 혜택에 대한 귀하의 플랜 보험료의 전부 또는 일부를 지불할 것입니다. Medicare가 보험료 일부만 지급할 경우, 당사는 Medicare가 부담하지 않는 금액을 귀하에게 청구할 것입니다.

아래 내용을 읽고 서명해주십시오

Blue Shield of California는 연방 정부와 계약한 플랜입니다.

본인은 판매 회사, 중개인 또는 Blue Shield Medicare Advantage 플랜과 계약한 다른 개별 직원의 도움을 받는 경우, 그 사람이 본인의 Blue Shield Medicare Advantage 플랜 가입을 기반으로 비용을 지급받을 수 있다는 것을 이해합니다.

정보 공개: 본인은 본 Medicare 건강 플랜에 가입함으로써 Medicare 건강 플랜이 치료, 납부 및 건강 관리 수술을 위해 필요하면 본인의 정보를 Medicare 및 기타 플랜에 공개할 수 있다는 것을 인정합니다. 또한, Blue Shield Medicare Advantage 플랜이 본인의 처방약 사건 데이터를 포함하여 본인의 정보를 해당하는 모든 관련 연방 법규 및 규정에 따른 연구 및 기타 목적으로 Medicare에 공개하는 것을 인정합니다. 본 가입 양식에 있는 정보는 본인이 아는 한 가장 정확한 정보입니다. 만약 의도적으로 잘못된 정보를 제공했다면, 본 플랜에서 본인이 해지될 것임을 이해합니다. 본인은 Medicare의 수혜자가 미국 국경 근처의 제한된 보장 범위를 제외하고 국외에서는 Medicare의 보장을 받지 않는다는 것을 이해합니다.

본인은 Blue Shield Medicare Advantage 플랜 보장이 시작되는 날부터 응급 또는 긴급 시 필요한 서비스나 지역 외 투석 서비스를 제외하고 Blue Shield Medicare Advantage 플랜에서 모든 의료 서비스를 받을 수 있다는 것을 이해합니다. Blue Shield Medicare Advantage 플랜에서 승인한 서비스와 Blue Shield Medicare Advantage 플랜 *Evidence of Coverage*(EOC, 보장 범위 증서)문서(가입자 계약서 또는 구독자 계약서라고도 함)에 포함된 기타 서비스가 적용됩니다. 승인 없이는 **MEDICARE도 BLUE SHIELD MEDICARE ADVANTAGE 플랜도 해당 서비스에 대금을 지불하지 않을 것입니다**.

본인은 본 신청서에 있는 본인의 서명(또는 본인이 거주하는 주법에 따라 본인은 대리할 수 있는 권한 있는 자의 서명)이 본 신청서의 내용을 읽고 이해했다는 것을 의미함을 이해합니다. 권한을 부여받은 자(상기에 명시된 대로)가 서명했다면 이 서명은 다음 사항을 증명합니다. 1) 이 사람은 주법에 따라 본 가입을 성사할 권한이 있으며 2) Medicare의 요청에 따라 본 권한의 증명서류를 제공할 수 있습니다.

서명:	**오늘 날짜(월/일/연도):**

권한을 부여받은 대리인인 경우, 이전 페이지에 서명하고 다음 정보를 제공해야 합니다.

이름:

주소:

시: 주: 우편번호:

전화번호:

가입자와의 관계:

등록자가 양식 작성을 완료하도록 돕는 개인에게만 해당

등록자가 이 양식을 작성하는 데 도움을 주는 개인(예: 대리인, 중개인, State Health Insurance Program (SHIP, 주 건강 보험 프로그램) 상담사, 가족 구성원 또는 기타 제3자)인 경우 이 섹션을 작성하십시오.

이름: _____ 가입자와의 관계: _____

서명: _____

보험판매사/작성한 판매 대리인 정보:

*은 필수 입력 항목을 나타냅니다.

지정 대리점 이름: 지정 대리점 세금 ID:*

보험판매사/작성한 판매 대리인 이름:* 보험판매사/작성한 대리인의 **개별 NPN:***

보험판매사/작성한 판매 대리인 이메일 주소: 보험판매사/작성한 판매 대리인 전화번호:

보험판매사/작성한 판매 대리인 서명: 보험판매사가 신청서를 접수한 날짜:

본인의 서명으로, 본인은 모든 필수 중개인 자격증을 취득했고, CMS Medicare 안내문 및 판매 지침서와 가입 규정을 읽고 이해했음을 증명하며, 본 가입자가 가입 키트 전체를 받았음을 확인합니다. 본인은 Blue Shield of California를 대신하여 Medicare 수혜자의 가입이 해당 규정을 준수하였음에 동의합니다.

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