

Clever Care Longevity Medicare Advantage(HMO) 및 Clever Care Balance Medicare Advantage(HMO)

누가 이 양식을 사용할 수 있습니까?

Medicare 유자격자 중에서 Medicare Advantage Plan에 가입하려는 사람.

보험에 가입하려면 다음의 자격이 필요합니다.

- 미국 시민권자 또는 합법적 미국 거주자
- 보험 서비스 지역 내에 거주해야 함

중요: Medicare Advantage Plan에 가입하려면 다음의 두 가지 자격도 필요합니다.

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

이 양식을 언제 사용합니까?

보험에 가입할 수 있는 시기는 다음과 같습니다.

- 매년 10월 15일~12월 7일(보장은 1월 1일부터 시작)
- Medicare를 처음 받은 후 3개월 이내
- 가입 또는 보험 변경이 가능한 특별한 경우

Medicare.gov 웹사이트를 방문하여 보험 가입 시기에 대한 자세한 내용을 확인하세요.

이 양식을 완료하려면 어떻게 해야 합니까?

- Medicare 번호(적색, 백색, 청색 Medicare 카드에 있는 번호)
- 실제 거주지 및 전화번호

참고: 섹션 1의 모든 항목을 작성해야 합니다. 섹션 2의 항목은 선택 사항입니다. 항목을 기입하지 않으면 보장이 거부될 수 있습니다.

알림:

- 가을 공개 등록(10월 15일~12월 7일) 기간에 보험에 가입하려는 경우, 12월 7일까지 작성한 양식을 보험에 제출해야 합니다.
- 보험에서 보험료 청구서를 보내드립니다. 등록할 때 은행 계좌에서 공제하는 방법 또는 매월 사회보장(또는 Railroad Retirement Board) 혜택에서 결제하도록 선택할 수 있습니다.

다음 절차는 무엇입니까?

작성하고 서명한 양식을 다음 주소로 보내십시오.

Clever Care
660 W Huntington Drive, Suite 200
Arcadia, CA 91007

가입 요청 처리를 시작하시면 보험에서 연락을 드립니다.

이 양식에 대한 도움은 어떻게 얻습니까?

Clever Care 전화 (833) 388-8168로 문의하세요. TTY 사용자는 711로 전화할 수 있습니다. 또는, Medicare 전화 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 문의하세요. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화할 수 있습니다.

En español: Llame a Clever Care al(833) 388-8168 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible paraasistirle.

1995년 서류 간소화법에 의거하여 유효한 OMB 관리 번호를 제시하지 않는다면 정보 수집에 대해 어떠한 경우에도 답변하지 않아도 좋습니다. 이 정보 수집에 유효한 OMB 관리 번호는 0938-NEW입니다. 이 정보를 완료하는 데 필요한 시간은 지침 검토, 기존 데이터 기록 검색, 필요한 데이터 수집, 정보 수집 완료 및 검토 시간을 포함하여 응답당 평균 20분으로 예상됩니다. 예상 시간의 정확성에 대한 의견이 있거나 양식 개선을 위한 제안이 있으시면 다음 주소로 편지를 보내주세요. CMS, 7500 Security Boulevard, 담당자: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

중요

이 양식 또는 어떠한 항목에도 개인 정보(예: 청구, 결제, 의료 기록)를 기록하여 PRA Reports Clearance Office에 전송하면 안 됩니다. 접수된 항목 중 이 양식의 개선 방법 또는 수집 부담(OMB 0938-1378에 설명됨)에 관련되지 않는 항목은 모두 폐기합니다. 이는 보험에서 보관하거나 검토하거나 전달하지 않습니다. 이 페이지의 “다음 절차는 무엇입니까?”를 참조하여 보험에 작성한 양식을 전송합니다.

섹션 1

이 페이지의 모든 항목은 필수 입력 사항입니다(선택 사항으로 표시되면 예외)

가입할 보험 선택:

<input checked="" type="checkbox"/>	보험	카운티	보험료
Clever Care Longevity Medicare Advantage(HMO)			
	H7607-002-001	Los Angeles	\$0/월
	H7607-002-002	Orange	\$0/월
	H7607-002-003	San Diego	\$0/월
Clever Care Balance Medicare Advantage(HMO)			
	H7607-003-001	Los Angeles	\$31.50/월
	H7607-003-002	Orange	\$31.50/월
	H7607-003-003	San Diego	\$31.50/월

이름: _____ 성: _____ [선택 사항: 이름 중간 약자]: _____

출생일(mm/dd/yyyy): _____ / _____ / _____ 성별: 남성 여성 전화번호: (_____) _____

실제 거주지 도로 주소(우편 번호는 기입하지 않음): _____

도시: _____ [선택 사항: 카운티]: _____ 주: _____ 우편 번호: _____

우편 주소, 실제 거주지와 다른 경우입니다(우편 번호 기입 가능): _____

도시: _____ 주: _____ 우편 번호: _____

귀하의 Medicare 정보:

Medicare 번호: _____ - _____ - _____

다음과 같은 중요한 질문에 답변합니다.

Clever Care Longevity Medicare Advantage 또는 Clever Care Balance Medicare Advantage 이외에 다른 처방 약품 보장(VA, TRICARE 등)을 추가하시겠습니까?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
다른 보장 이름:	이 보장의 가입자 번호:	이 보장의 그룹 번호:

중요: 다음을 읽고 서명합니다.

- 본인은 Clever Care Longevity Medicare Advantage(HMO) 또는 Clever Care Balance Medicare Advantage(HMO)에서 병원(파트 A)과 의료(파트 B)를 모두 그대로 유지할 것입니다.
- 이 Medicare Advantage Plan 또는 Medicare Prescription Drug Plan 가입을 통해 본인은 Clever Care 가 본인의 정보를 Medicare와 공유함을 확인하며, 이는 본인의 등록 추적, 결제 및 이 정보의 수집을 허락하는 연방법에서 허용하는 기타 다른 목적을 위해 정보를 사용할 수 있습니다(아래 개인정보 동의서 참조).
- 이 양식에 대한 귀하의 답변은 자발적입니다. 그러나 답변하지 않는 경우 본 보험 등록에 영향을 줄 수 있습니다.
- 본 등록 양식상의 정보는 본인이 아는 한 정확합니다. 만일 이 양식에서 본인이 의도적으로 잘못된 정보를 제공하는 경우, 보험 등록이 거부될 수 있음을 이해합니다.
- Medicare 가입자는 일반적으로 미국 국경 인근에서의 제한적인 보장은 예외로 하면서 미국을 벗어나는 경우에는 Medicare 보장을 받지 못함을 이해합니다.
- 본인의 Clever Care Longevity Medicare Advantage 또는 Clever Care Balance Medicare Advantage 보장이 시작되는 경우, 본인의 Clever Care로부터 의료 및 처방 약품 혜택을 모두 받아야 함을 이해합니다. Clever Care 에서 제공하는 혜택과 서비스 그리고 본인의 Clever Care Longevity Medicare Advantage 또는 Clever Care Balance Medicare Advantage “보장 범위 증명서” 문서(혹은 가입자 계약서 또는 가입자 동의서로 호칭)에서 기술하는 보험금과 서비스가 제공될 것입니다. Medicare 또는 Clever Care는 보장되지 않는 혜택을 지불하거나 서비스를 제공하지 않습니다.
- 이 신청서에 본인이 서명(또는 본인 법적 대리인의 서명)하면 본인이 이 신청서의 내용을 읽고 이해한 것임을 이해합니다. 권한 대리인(상기와 같이)이 서명하는 경우, 이 서명은 다음을 확인합니다.
 1. 이 사람은 주 법률에 따라 이 등록을 완료하는 권한을 갖습니다.
 2. Medicare 요청이 있는 경우 이 권한의 문서화를 제공합니다.

서명:	오늘 날짜: (mm/dd/yyyy) / /
------------	-----------------------------------

귀하가 권한 대리인인 경우, 상기에 서명하고 다음 사항을 기입합니다.

이름:	주소:
전화번호:	등록인과 관계:

섹션 2

이 페이지의 모든 항목은 선택 사항입니다

다음 질문에 대한 답변은 선택 사항입니다.
답변을 하지 않아도 보장이 거부되지는 않습니다.

보험으로부터 귀하의 정보를 영어가 아닌 언어로 받고 싶은 경우 원하시는 언어 한 가지를 선택하십시오.

중국어(번체) 한국어 베트남어 타갈로그어 스페인어 기타: _____

보험으로부터 귀하의 정보를 접근 가능한 형식으로 받고 싶은 경우 원하시는 형식 한 가지를 선택하십시오.

점자 큰 글씨 오디오 CD

위에 열거한 접근 가능한 형식 이외의 정보가 필요한 경우에는 **Clever Care 전화 (833) 388-8168**로 연락합니다.
보험 사무실 업무 시간은 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시에서 오후 8시까지이며, 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일 오전 8시에서 오후 8시까지입니다. 휴일 또는 근무 시간 이외에 수신된 메시지는 다음 근무일 내에 답변을 드립니다. TTY 사용자는 711로 전화할 수 있습니다.

직업이 있습니까? 예 아니요 배우자가 직업이 있습니까? 예 아니요

주치의(Primary Care Physician, PCP)를 기재하십시오.

PCP 이름:

PCP 등록 ID #:

현재 이 의사로부터 진료를 받으십니까? 예 아니요

의료 그룹 또는 의사 네트워크:

다음의 내용을 이메일을 통해서 받고자 합니다. 한 개 이상을 선택하십시오.

- 필수 보험 내용(예: 연간 변경 사항 공지)
- 혜택 설명
- 최신 소식 및 보험 정보
- 보건 및 건강 프로그램 정보
- 가입자 세미나 초대

이메일 주소:

보험료 지불

월 보험료(현재 발생하였거나 앞으로 발생할 수 있는 등록 지체 벌금 포함)를 매월 우편 또는 전자자금이체(EFT)로 납부할 수 있습니다. 또한, 귀하의 사회보장 또는 Railroad Retirement Board(RRB) 혜택으로부터 매월 자동으로 보험료가 지불되도록 선택할 수 있습니다.

만일, Part D-소득 관련 월별 조정액(Part D-IRMAA)을 지불해야 하는 경우, 납입 보험료에 이 추가 비용을 합산하여 지불해야만 합니다. 일반적으로 귀하의 사회보장 혜택에서 지불되거나, Medicare(또는 RRB)로부터 청구서를 수령하게 됩니다. Clever Care에 Part D-IRMAA로 지불하면 안 됩니다.

개인정보 보호법 진술

Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS)는 Medicare Advantage(MA) Plan 수혜자 등록 추적, 보장 개선, Medicare 보험금 지불을 위해 Medicare 혜택으로부터 정보를 수집합니다. 사회보장법 섹션 1851 및 1860D-1 그리고 42 CFR §§ 422.50과 422.60 조항은 이 정보 수집 권한을 부여합니다. CMS는 기록 시스템 공고(SORN) "Medicare Advantage 처방 약품(MARx)", 시스템 No. 09-70-0588 지정에 의거하여 Medicare 수익자의 등록 데이터를 활용, 공개 및 교환할 수 있습니다. 이 양식에 대한 귀하의 답변은 자발적입니다. 그러나 답변하지 않는 경우 본 보험 등록에 영향을 줄 수 있습니다.

등록 기간 동안 자격 확인.

다음의 내용을 읽고 적합한 공란에 체크 표시를 해 주십시오.

일반적으로, 귀하는 매년 10월 15일부터 12월 7일까지인 연례 등록 기간에만 Medicare Advantage 보험에 등록할 수 있습니다. 예외적으로 이 기간 이외에 Medicare Advantage 보험에 등록할 수도 있습니다.

다음의 공란에 체크 표시를 하면, 귀하가 아는 한, 귀하는 등록 기간 동안 자격을 갖춘 것이 인정됩니다. 나중에 보험에서 이 정보가 올바르지 않음을 확인하는 경우, 귀하는 등록이 거부될 수 있습니다.

- 본인 Medicare 신규 가입 시점(유효 날짜: __ / __ / __).
- 본인은 Medicare Advantage 보험에 등록되어 있으며 Medicare Advantage 자유 가입 기간(MA OEP) 동안 변경하고자 합니다.
- 본인은 최근 현행 보험의 서비스 지역 외부로 이사했거나 최근 이사하여 이 보험은 본인에게 새로운 선택 사항입니다. 본인 이사 시점(날짜 기입: __ / __ / __).
- 본인은 최근 수감에서 해제되었습니다. 본인 해제 시점(날짜 기입: __ / __ / __).
- 본인은 미국 이외에서 영구 거주하다 최근 미국에 귀국했습니다. 본인 미국 귀국 시점(날짜 기입: __ / __ / __).
- 본인은 최근 합법적 미국 거주 지위를 취득했습니다. 본인 지위 취득 시점(날짜 기입: __ / __ / __).
- 본인은 최근 Medicaid를 변경했습니다(새로 Medicaid 취득, Medicaid 보조 등급 변경 또는 Medicaid 상실) 해당 시점(날짜 기입: __ / __ / __).
- 본인은 최근 Medicare 처방 약품 보장의 추가 지원(Extra Help) 지분을 변경했습니다(새로 추가 지원 취득, 추가 지원 등급 변경 또는 추가 지원 상실) 해당 시점(날짜 기입: __ / __ / __).
- 본인은 Medicare 및 Medicaid 양측에 신규 가입했습니다(또는 본인의 주정부가 Medicare 보험료 지분에 도움을 줍니다), 또는 Medicare 처방 약품 보장을 위한 추가 지원 지분을 취득했으나, 변경 사항이 없습니다.
- 본인은 장기 요양 시설에 입주, 거주하거나 최근 퇴원했습니다(예컨대, 양로원 또는 장기 요양 시설). 본인 시설 퇴원/예정 시점(날짜 기입: __ / __ / __).
- 본인 최근 PACE® 프로그램 탈퇴 시점(날짜 기입: __ / __ / __).
- 본인은 최근 본의 아니게 적용 처방 약품 보장(Medicare의 보장과 동등)을 상실했습니다. 본인 약품 보장 상실 시점(날짜 기입: __ / __ / __).
- 본인 고용주 또는 노조 보증의 결별/상실 시점(날짜 기입: __ / __ / __).
- 본인은 주정부 약국 지원 프로그램 지원을 받습니다.
- 본인의 Medicare 보험 계약이 종료되거나, Medicare가 본인의 보험 계약을 종료합니다.
- Medicare(또는 주정부) 보험에 가입되었으나, 다른 보험을 선택하려고 합니다. 해당 보험의 본인 등록 시작 시점(날짜 기입: __ / __ / __).
- 본인은 Special Needs Plan(SNP)에 등록되어 있으나, 해당 보험에서 지정하는 특수 요구 적격성을 상실했습니다. 본인 SNP 등록 시점(날짜 기입: __ / __ / __).
- 본인은 연방비상관리국(Federal Emergency Management Agency, FEMA) 또는 연방, 주 또는 지방 정부가 선포한 비상 사태 또는 주요 재난의 영향을 받았습니다. 여기의 기타 사항 중 하나가 본인에게 해당되나, 본인은 상기 재난 때문에 등록을 요청하지 못했습니다.

이 같은 사항이 귀하에게 전혀 적용되지 않거나, 이를 확신하지 못하는 경우에는 등록 자격 판단을 위해 고객 서비스 전화 번호 **1-833-388-8168(TTY: 711)**을 사용하여 연락해 주십시오. 보험 업무 시간은 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시에서 오후 8시까지이며, 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일 오전 8시에서 오후 8시까지입니다. 휴일 또는 근무 시간 이외에 수신된 메시지는 다음 근무일 내에 답변을 드립니다.