

누가 이 양식을 사용할 수 있습니까?

Medicare Advantage Plan에 가입하기를 원하는 Medicare 보유자.

보험에 가입하려면 다음의 자격이 필요합니다.

- 미국 시민권자 또는 합법적 미국 체류자
- 플랜 서비스 지역 내 거주자

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 플랜 가입 시기에 대한 자세한 내용을 확인하십시오.

이 양식을 작성하려면 무엇이 필요합니까?

- Medicare 번호(적색, 백색, 청색 Medicare 카드에 있는 번호)
- 거주 주소 및 전화번호

참고: 섹션 1의 모든 항목을 작성해야 합니다. 섹션 2의 항목은 선택 사항입니다 – 항목을 기입하지 않았다고 하여 보장이 거절되지는 않습니다.

유의사항:

- 가을 공개 가입(10월 15일~12월 7일) 기간에 플랜에 가입하려는 경우, 작성한 양식을 12월 7일까지 플랜에 제출해야 합니다.
- 귀하의 플랜에서 보험료 청구서를 보내드립니다. 보험료 납부는 은행 계좌 또는 매월의 사회보장(또는 철도 퇴직자 위원회) 혜택에서 공제하여 결제하는 방법 중 선택할 수 있습니다.

다음 절차는 무엇입니까?

작성 완료하고 서명한 양식을 다음 주소로 보내십시오.

Clever Care Health Plan
Attn: Enrollment Services
7711 Center Ave, Suite 100
Huntington Beach, CA 92647

이메일: enrollment@ccmapd.com

팩스: (657) 276-4757

가입 신청이 처리되면 귀하에게 연락을 드립니다.

이 양식에 대한 도움은 어떻게 받습니까?

Clever Care에 (833) 808-8164로 전화하십시오. TTY 사용자는 711로 전화할 수 있습니다. 또는, Medicare에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 전화할 수 있습니다.

En Español: Llame a Clever Care al (833) 388-8168/711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en Español y un representante estará disponible para asistirle.

노숙 중인 개인

- 플랜에 가입하고 싶으나 거주지가 없는 경우에는 우체국 사서함, 보호시설 또는 클리닉의 주소, 또는 우편물(예컨대, 사회보장 수표) 수령 주소가 거주지 주소로 간주될 수 있습니다.

1995년 서류간소화법에 의하면, 유효한 OMB 관리 번호를 제시하지 않는다면 정보 수집에 대해 어떠한 경우에도 답변하지 않아도 좋습니다. 이 정보 수집에 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1378입니다. 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, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

중요

이 양식 또는 어떠한 항목에도 개인 정보(청구, 결제, 의료 기록 등)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 폐기됩니다. 이는 플랜에서 보관하거나 검토하거나 전달하지 않습니다. 이 페이지의 “다음 절차는 무엇입니까?”를 참조하여 플랜에 작성한 양식을 전송합니다.

섹션 1

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

가입할 플랜 선택:

Clever Care **Longevity** (HMO) H7607-002

☐	001-로스엔젤레스 카운티	\$0/월
☐	002-오렌지 카운티	\$0/월
☐	003-샌디에고 카운티	\$0/월
☐	004-샌버너디노 카운티	\$0/월
☐	005-리버사이드 카운티	\$0/월

Clever Care **Value** (HMO) H7607-008

☐	001-로스엔젤레스 카운티	\$0/월
☐	002-오렌지 카운티	\$0/월
☐	003-샌디에고 카운티	\$0/월
☐	004-샌버너디노 카운티	\$0/월
☐	005-리버사이드 카운티	\$0/월

Clever Care **Total+** (HMO C-SNP) H7607-011

☐	001-로스엔젤레스 카운티	\$18.40/월
☐	002-오렌지 카운티	\$18.40/월
☐	003-샌디에고 카운티	\$18.40/월
☐	004-샌버너디노 카운티	\$18.40/월
☐	005-리버사이드 카운티	\$18.40/월

성: _____

이름: _____

중간 이니셜 (선택 사항): _____

생년월일: 월 / 일 / 년 년 년 년

성별: ☐ 남성 ☐ 여성

전화번호: () -

거주지 도로 주소(우체국 사서함 기재 불가. 참고: 노숙 중인 개인의 경우, 우체국 사서함이 거주지 주소로 고려될 수 있습니다.):

도시: _____

주: _____ 우편 번호: _____

우편 주소, 거주지와 다른 경우임(우체국 사서함 가능):

도시: _____

주: _____ 우편 번호: _____

귀하의 Medicare 정보:

Medicare 번호: _____ - _____ - _____

의료 모델 검토에 의거하여, Clever Care Health Plan, Inc.는 2025년까지 만성 특수 필요 플랜(C-SNP)을 운용할 수 있도록 국가품질보증위원회(NCQA)로부터 승인을 받았습니다.

섹션 1

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

다음과 같은 중요한 질문에 답변해 주십시오.

귀하께서는 Clever Care 외에 추가로 가입된 다른 처방약 보장(VA, TRICARE 등)이 있으십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

다른 보장 이름: _____

이 보장의 회원 번호: _____ 이 보장의 그룹 번호: _____

선택 사항:

귀하께서는 거주 중인 주 정부의 Medi-Cal(Medicaid) 프로그램에 가입되어 있으십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

“예”인 경우, 귀하의 Medi-Cal(Medicaid) 번호를 기재해 주십시오. _____

귀하가 Clever Care Total+ (HMO C-SNP) 플랜에 가입하고 있는 경우에만 작성해 주십시오.

당뇨병(고혈당)으로 진단받은 적이 있거나 현재 혈당을 관리하기 위해 인슐린 또는 다른 약을 복용하고 계십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

심부정맥 또는 심방세동(Afib)으로 진단받은 적이 있거나 빠르고 불규칙한 심장박동 문제가 있는 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

관상동맥질환(CAD) 또는 말초혈관질환으로 진단받은 적이 있거나, 심장마비가 있었거나, 또는 동맥 또는 정맥의 경화로 인해 원활하지 못한 혈액순환의 경험을 하신 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

만성정맥혈전색전증으로 진단받은 적이 있거나 또는 정맥에 1회 이상 혈전이 생긴 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

귀하의 건강 상태를 치료하기 위해 약을 복용하고 계십니까? ☐ 예 ☐ 아니오

“예”인 경우, 약 이름을 기재해 주십시오. _____

귀하의 질환을 확인해 줄 수 있는 의사

성명: _____

전화: (_____) _____ - _____ 팩스: (_____) _____ - _____

진료실 주소: _____

도시: _____ 주: _____ 우편 번호: _____

건강 정보의 공개에 대한 승인

본인의 서명은 상기 기재된 의료 제공자 및/또는 주치의(PCP)가 Clever Care Health Plan에게 본인의 건강 정보를 공개 및/또는 의료 기록을 제공하는 것을 승인합니다.

중요: 다음을 읽고 서명하십시오.

- 본인은 Clever Care Health Plan 가입을 유지하기 위해서는 병원(파트 A)과 의료(파트B) 모두를 유지해야 합니다.
- 이 Medicare Advantage 플랜에 가입함으로써, 본인은 Clever Care가 본인의 정보를 Medicare와 공유하며, Medicare는 본인의 가입 추적, 결제 및 이 정보의 수집을 허가하는 연방법에서 허용하는 기타 다른 목적을 위해 이 정보를 이용할 수 있다는 것을 인정합니다(아래 개인정보보호법 설명문 참조). 이 양식에 대한 귀하의 답변은 자발적입니다. 그러나 답변하지 않는 경우 본 플랜 가입에 영향을 줄 수 있습니다.
- 본인은 한 번에 오직 하나의 MA 플랜에만 가입될 수 있으며, 이 플랜에 가입하면 다른 MA 플랜 가입은 자동적으로 종료된다는 것을 이해합니다(MA PFFS, MA MSA 플랜에 대해서는 예외가 적용됩니다).
- 본인은 Clever Care Health Plan 보장이 시작되면 모든 의료 및 처방약 혜택을 Clever Care Health Plan으로부터 받아야 한다는 사실을 이해합니다. Clever Care Health Plan이 제공하고 Clever Care Health Plan “보장 범위 증명서” 문서(또한 회원 계약서 또는 가입자 계약서로 알려져 있음)에 포함되어 있는 혜택과 서비스가 보장됩니다. Medicare와 Clever Care는 누구도 보장되지 않는 혜택이나 서비스에 대해서는 지불을 하지 않습니다.
- 이 가입 양식상의 정보는 본인이 아는 한 정확합니다. 본인은 이 양식에 의도적으로 잘못된 정보를 제공하는 경우, 플랜 가입이 해지될 수 있다는 것을 이해합니다.
- 본인은 이 신청서에 본인(또는 본인을 대리할 법적 권한이 있는 사람)의 서명이 본인이 이 신청서의 내용을 읽고 이해했음을 의미한다는 것을 이해합니다. 권한 대리인(위와 같이)이 서명하는 경우, 이 서명은 다음 사항을 확인합니다:
 1. 이 사람은 주 법률에 따라 이 가입을 완료할 권한을 갖습니다. 그리고
 2. Medicare 요청이 있는 경우 이 권한을 증명하는 문서를 제출할 수 있습니다.

서명:

오늘 날짜:

월 월 / 일 일 / 년 년 년 년

귀하가 권한 대리인인 경우, 위에 서명하고 다음 사항을 기입하십시오.

성명:

주소:

전화번호:

가입자와의 관계:

섹션 2

이 페이지의 모든 항목은 선택 사항입니다

다음 질문에 대해 답변하는 것은 귀하의 선택입니다. 답변을 하지 않아도 보장이 거절되지는 않습니다.

귀하는 히스패닉계, 라틴계 또는 스페인 출신이십니까? 해당 사항을 모두 선택하십시오.

- | | |
|--|--|
| ☐ 아니오, 히스패닉계, 라틴계 또는 스페인 출신이 아닙니다. ⁽¹⁾ | ☐ 예, 쿠바인입니다. ⁽⁴⁾ |
| ☐ 예, 멕시코인, 멕시코계 미국인, 치카노계입니다. ⁽²⁾ | ☐ 예, 다른 히스패닉계, 라틴계 또는 스페인 출신입니다. ⁽⁵⁾ |
| ☐ 예, 푸에르토리코인입니다. ⁽³⁾ | ☐ 답변하지 않겠습니다. ⁽⁶⁾ |

귀하의 인종은 무엇입니까? 해당 사항을 모두 선택하십시오.

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 ⁽¹⁾ | ☐ 괌인 또는 차모르인 ⁽⁷⁾ | ☐ 사모아인 ⁽¹³⁾ |
| ☐ 아시아계 인디언 ⁽²⁾ | ☐ 일본인 ⁽⁸⁾ | ☐ 베트남인 ⁽¹⁴⁾ |
| ☐ 흑인 또는 아프리카계 미국인 ⁽³⁾ | ☐ 한국인 ⁽⁹⁾ | ☐ 백인 ⁽¹⁵⁾ |
| ☐ 중국인 ⁽⁴⁾ | ☐ 하와이 원주민 ⁽¹⁰⁾ | ☐ 답변하지 않겠습니다. ⁽¹⁶⁾ |
| ☐ 캄보디아인 ⁽⁵⁾ | ☐ 기타 아시아계 ⁽¹¹⁾ | |
| ☐ 필리핀인 ⁽⁶⁾ | ☐ 기타 태평양제도인 ⁽¹²⁾ | |

귀하가 선호하는 구사 언어는 무엇입니까?

- ☐ 영어 ☐ 중국어 ☐ 광둥어 ☐ 크메르어 ☐ 한국어 ☐ 베트남어 ☐ 스페인어
☐ 기타: _____

영어 이외에 귀하가 선호하는 서면 언어는 무엇입니까?

- ☐ 중국어(번체) ☐ 한국어 ☐ 베트남어 ☐ 스페인어

정보를 접근 가능한 형태로 받아 보길 원하시면 다음 중 하나를 선택하십시오. ☐ 점자 ☐ 큰 활자 ☐ 오디오 CD ☐ 데이터 CD
위에 열거한 형태 이외의 접근 가능한 형태로 정보가 필요한 경우에는 Clever Care에 (833) 808-8164로 연락하십시오. 당사 사무실
업무 시간은 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지이며, 4월 1일부터 9월 30일까지는 평일 오전 8시부터 오후
8시까지입니다. TTY 사용자는 711로 전화할 수 있습니다.

직업이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 귀하의 배우자는 직업이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

문자 및 이메일 수신 동의:

휴대폰 전화번호: (_____) _____ - _____

본인의 번호를 제공함으로써, 본인은 의료서비스, 혜택 또는 기타 목적으로 Clever Care Health Plan의 자동화된 및/또는 기타 문자 메시지를 수신하는 것에 동의합니다. 위 동의는 서비스를 받기 위한 조건은 아니며, 본인은 언제든지 Clever Care에 전화하여 수신 거부할 수 있습니다. 메시지 및 데이터 요금이 부과될 수 있습니다.

이메일 주소: _____

본인의 이메일 주소를 제공함으로써, 본인은 Clever Care의 연락 및 자료를 미국 우편보다는 전자적으로 수신하는 것에 동의합니다. 본인은 위 자료에 파트 C 및 파트 D 혜택 설명서(EOB), 연례 변경 통지(ANOC) 및 기타 자료가 포함된다는 것을 이해합니다. 본인은 언제든지 Clever Care에 전화하여 우편물 수령으로 변경할 수 있습니다.

주치의(PCP)를 기재하십시오.

PCP 이름: _____

메디컬 그룹 또는 IPA: _____

PCP 등록 ID #: _____ - _____

현재 이 주치의로부터 진료를 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 본인은 주치의가 없습니다. 본인에게 주치의를 배정해 주십시오.

섹션 3

플랜 보험료 납부

귀하는 매월 우편을 이용하여 월 보험료(현재 부과되었거나 부과될 수 있는 지연 가입 벌칙금 포함)를 지불할 수 있습니다. 또한, 귀하의 사회보장 또는 철도 퇴직자 위원회(RRB) 혜택에서 매월 자동으로 보험료가 지불되도록 선택할 수도 있습니다.

만약 귀하가 Part D-IRMAA(파트 D 소득 관련 월별 조정액)을 지불해야 하는 경우, 보험료 외에도 이 추가 금액을 반드시 지불해야 합니다. Clever Care에 Part D-IRMAA를 납부하지 마십시오.

보험료 납부 방식을 선택하십시오. 선택을 하지 않으시면 청구서를 받으시게 됩니다.

- ☐ 청구서 받기.
- ☐ 귀하의 월 사회보장 또는 철도 퇴직자 위원회(RRB) 혜택 수표에서의 자동 공제. 본인은 다음으로부터 월 혜택을 받습니다:
- ☐ i) 사회보장 ☐ ii) RRB

Clever Care Health Plan을 선택해 주셔서 감사합니다! (선택 사항)

잠시 시간을 내어 귀하가 Clever Care를 어떻게 알게 되었는지 알려 주십시오. 다음 예 중 1개 이상을 선택하십시오.

- | | |
|--|--|
| ☐ 텔레비전 ⁽¹⁾ | ☐ 우편 ⁽⁵⁾ |
| ☐ 라디오 ⁽²⁾ | ☐ 가족, 친구, 의사, 또는 한의사 ⁽⁶⁾ |
| ☐ 신문 ⁽³⁾ | ☐ 귀하의 보험 브로커 ⁽⁷⁾ |
| ☐ 소셜 미디어 또는 컴퓨터(Google, Facebook, YouTube, 게임 앱) ⁽⁴⁾ | ☐ 행사 ⁽⁸⁾ |
| | ☐ 기타: ⁽⁹⁾ _____ |

가입 신청자의 양식 작성을 돕는 개인 작성란

귀하가 가입 신청자가 이 양식을 작성하는 데 도움을 주는 개인(예: 에이전트, 브로커, SHIP 카운슬러, 가족 구성원, 또는 제삼자)인 경우, 이 섹션을 작성해 주십시오.

성명:	가입 신청자와의 관계:
서명:	국가 프로듀서 번호(에이전트/브로커 전용):
FMO(해당되는 경우)	전화를 통한 가입인가?: ☐ 예 ☐ 아니오
보장 효력발생일: 월 월 / 일 일 / 년 년 년 년	신청서 접수일: 월 월 / 일 일 / 년 년 년 년

개인정보보호법 설명문

Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS)는 Medicare Advantage(MA) Plan 수혜자 가입 추적, 의료 개선, Medicare 혜택 지불을 위해 Medicare 플랜으로부터 정보를 수집합니다. 사회보장법 섹션 1851 및 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 규정에 의거하여 Medicare 수혜자의 가입 정보를 이용, 공개 및 교환할 수 있습니다. 이 양식에 대한 귀하의 답변은 자발적입니다. 그러나 답변하지 않는 경우 본 플랜 가입에 영향을 줄 수 있습니다.

가입 기간 가입 자격 증명.

통상적으로, Medicare Advantage 플랜은 매년 10월 15일부터 12월 7일까지의 연례 가입 기간에만 가입할 수 있습니다. 이 기간 외에 Medicare Advantage 플랜에 가입할 수 있도록 허용하는 예외가 있습니다. 다음의 내용을 자세히 읽고 귀하에게 해당하는 공란에 체크를 해주십시오. 다음의 공란 중 어느 하나에 체크를 하면 이는 귀하가 아는 한 귀하는 가입 기간에 가입할 자격이 있음을 증명하는 것입니다. 당사가 추후에 이 정보가 정확하지 않다고 판단하는 경우, 귀하는 가입이 해지될 수 있습니다.

- ☐ 본인은 Medicare에 처음 가입합니다.⁽¹⁾
- ☐ 본인은 Medicare Advantage 플랜에 가입되어 있으며, Medicare Advantage 공개 가입 기간(MA OEP) 동안에 변경하고자 합니다.⁽²⁾
- ☐ 본인은 최근에 본인의 현재 플랜의 서비스 지역 외부로 이사했거나 최근에 이사하여 이 플랜은 본인에게 새로운 선택입니다. 본인은 _____ / _____ / _____ 에 이사했습니다.⁽³⁾
- ☐ 본인은 최근 수감상태에서 석방되었습니다. 본인은 _____ / _____ / _____ 에 석방되었습니다.⁽⁴⁾
- ☐ 본인은 미국 외 지역에서 영구 거주하다 최근 미국으로 귀국했습니다. 귀국일은 _____ / _____ / _____ 입니다.⁽⁵⁾
- ☐ 본인은 최근 미국의 합법적 체류 신분을 취득했습니다. 이 신분 취득일은 _____ / _____ / _____ 입니다.⁽⁶⁾
- ☐ 본인은 최근 본인의 Medicaid에 변경 사항(Medicaid 신규 취득, Medicaid 지원 등급 변경 또는 Medicaid 상실)이 있습니다. 변경일은 _____ / _____ / _____ 입니다.⁽⁷⁾
- ☐ 본인은 최근 Medicare 처방약 보장에 대해 지불하는 본인의 추가 지원(Extra Help)에 변경 사항이 있습니다(추가 지원 신규 취득, 추가 지원 등급 변경 또는 추가 지원 상실). 변경일은 _____ / _____ / _____ 입니다.⁽⁸⁾
- ☐ 본인은 장기 요양 시설(예컨대, 요양원 또는 장기 요양 시설)에 입주 예정이거나, 현재 거주하고 있거나, 또는 최근에 퇴원했습니다. 입주일/입주예정일/퇴원일은 _____ / _____ / _____ 입니다.⁽⁹⁾
- ☐ 본인은 최근 PACE® 프로그램에서 _____ / _____ / _____ 에 탈퇴했습니다.⁽¹⁰⁾
- ☐ 본인은 최근 본의 아니게 신뢰할 수 있는 처방약 보장(Medicare의 보장과 동등)을 상실했습니다. 처방약 보장 상실일은 _____ / _____ / _____ 입니다.⁽¹¹⁾
- ☐ 본인은 고용주 또는 조합 보장을 _____ / _____ / _____ 에 탈퇴/상실 예정입니다.⁽¹²⁾
- ☐ 본인은 주 정부에서 제공하는 약국 지원 프로그램에 가입되어 있습니다.⁽¹³⁾
- ☐ 본인의 플랜이 Medicare와의 계약을 종료하거나, Medicare가 본인의 플랜과의 계약을 종료할 예정입니다.⁽¹⁴⁾
- ☐ 본인은 Medicare(또는 주 정부) 플랜에 가입되었으나, 다른 플랜을 선택하려고 합니다. 해당 플랜 가입일은 _____ / _____ / _____ 입니다.⁽¹⁵⁾
- ☐ 본인은 특수 필요 플랜(SNP)에 가입되었으나, 가입을 유지하기 위해 요구되는 특수 필요 자격을 상실했습니다. SNP로부터의 가입 해지일은 _____ / _____ / _____ 입니다.⁽¹⁶⁾
- ☐ 본인은 (연방재난관리청(FEMA) 또는 연방, 주 또는 지방 정부의 기관이 선포한) 비상 또는 주요 재해의 영향을 받았습니다. 위의 다른 진술 사항 중 하나가 본인에게 해당되지만 재해 때문에 가입 신청을 할 수 없었습니다.⁽¹⁷⁾
- ☐ 본인은 만성 질환에 맞춤형 혜택을 제공하는 특수 필요 플랜(Special Needs Plan)에 가입하고자 합니다.⁽¹⁸⁾

이 같은 사항이 귀하에게 전혀 해당되지 않거나, 이를 확신하지 못하는 경우에는 가입 자격 판단을 위해 Clever Care에 (833) 808-8164 (TTY: 711) 로 문의하십시오.