

MEDICARE ADVANTAGE 플랜(파트 C) 또는 MEDICARE 처방약 플랜(파트 D) 가입을 위한 개별 가입 신청 양식**누가 이 양식을 사용할 수 있나요?**

Medicare Advantage 플랜 또는 Medicare 처방약 플랜에 가입하려는 Medicare 가입자

플랜 가입 조건

- 미국 시민이거나 미국 내에 합법적으로 체류해야 함
- 플랜 서비스 지역에 거주해야 함

중요: Medicare Advantage 플랜에 가입하려면 다음 두 가지가 모두 있어야 합니다.

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

중요: Medicare 처방약 플랜에 가입하려면 다음 두 가지가 모두 있어야 합니다.

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

이 양식을 언제 사용합니까?

다음과 같은 때에 플랜에 가입할 수 있습니다.

- 매년 10월 15~12월 7일(1월 1일부터 시작되는 보장에 해당함)
- 최초로 Medicare 보장을 받은 날로부터 3개월 이내
- 플랜 가입 또는 변경이 허용되는 특정 상황

웹사이트 Medicare.gov에 방문하여 플랜 가입 가능 기간에 대해 자세히 알아볼 수 있습니다.

이 양식을 작성하려면 무엇이 필요합니까?

- Medicare 번호(빨간색, 흰색, 파란색 Medicare 카드에 기재된 번호)
- 영구 주소지 및 전화 번호

참고: 섹션 1의 모든 항목을 작성해야 합니다. 섹션 2의 항목은 선택 사항이며, 이 항목을 작성하지 않더라도 보장이 거부되지 않습니다.

알림:

- 가을 공개 가입 기간(10월 15일~12월 7일)에 플랜에 가입하려면, 12월 7일까지 해당 플랜에 작성 완료된 양식이 접수되어야 합니다.
- 가입하신 플랜에서 해당 플랜의 보험료에 대한 청구서를 보내드립니다. 보험료를 은행 계좌 또는 매월 지급되는 사회 보장(또는 철도 은퇴 위원회(RRB)) 급여에서 공제하도록 신청할 수 있습니다.

다음 단계는 무엇일까요?

작성 완료 후 서명한 양식을 다음 주소로 보내주십시오.

VillageCareMAX
112 Charles Street
New York NY 10014

가입 요청이 처리되면 담당자가 연락드립니다.

이 양식을 작성할 때 도움을 받으려면 어떻게 해야 합니까?

VillageCareMAX에 1-855-296-8800번으로 전화해 주세요. TTY 사용자는 711번으로 전화할 수 있습니다.

또는, Medicare에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화해 주세요. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화할 수 있습니다.

En español: Llame a VillageCareMAX al 1-855-296-8800/711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

노숙 상태에 있는 개인

- 플랜에 가입하고 싶으나 영구 거주지가 없는 경우, 사서함 주소, 쉼터나 클리닉 주소, 우편물을 수령하는 주소(예: 사회 보장 수표 수령 주소)가 귀하의 영구 거주지 주소로 인정될 수 있습니다.

1995년 서류감축법에 따르면, 유효한 OMB 관리 번호가 없는 정보 수집 요청에는 응답할 의무가 없습니다. 이 정보 수집의 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1378입니다. 이 정보 수집을 완료하는 데에는 지침 검토, 기존 데이터 자료 검색, 필요한 자료 수집, 그리고 작성 및 검토 시간을 포함하여, 응답 1건당 평균 약 20분이 소요됩니다. 예상 소요 시간의 정확성에 관한 의견이나 이 양식을 개선하기 위한 제안이 있다면, 서면으로 작성하여 다음 주소로 보내주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

중요

이 양식이나 청구서, 납부 내역, 의료 기록 등 귀하의 개인 정보가 포함된 어떤 자료도 PRA 보고서 심사 사무실(PRA Reports Clearance Office)로 보내지 마십시오. 이 양식이나 해당 정보 수집 부담의 개선과 무관한 모든 자료(OMB 0938-1378에 명시된 사항)는 모두 폐기됩니다. 해당 자료를 보관하거나 검토하거나 플랜으로 전달하지 않습니다. 작성 완료한 양식을 플랜에 보내는 방법은 이 페이지의 '다음 단계는 무엇일까요?'를 참조하십시오.

섹션 1 -이 페이지의 모든 항목을 반드시 작성해야 합니다(선택 사항으로 표시되지 않는 한)

가입하고자 하는 플랜을 선택하십시오.

- ☐ VillageCareMAX Medicare Health Advantage 건강 플랜(HMO D-SNP): \$0 ~ \$58.80 매월
☐ VillageCareMAX Medicare Total Advantage 플랜(HMO D-SNP): \$0 ~ \$58.80 매월
☐ VillageCareMAX Medicare Select Advantage 플랜(HMO): \$0 ~ \$58.80 매월

이름: _____ 성: _____ [선택 사항: 중간이름 이니셜]: _____

생년월일: (MM/DD/YYYY)

성별:

전화 번호:

(____ / ____ / ____)

☐ 남성 ☐ 여성

(_____)

영구 거주지 도로명 주소(사서함 주소는 기재하지 마십시오. 참고: 노숙 상태에 있는 개인의 경우, 사서함 주소가 영구 거주지 주소로 인정될 수 있습니다):

시:

[선택 사항: 카운티]:

주:

우편번호:

영구 주소와 다른 경우 사용되는 우편 주소(사서함 사용 가능):

도로명 주소:

시:

주:

우편번호:

귀하의 Medicare 정보

Medicare 번호:

____ - ____ - ____

다음 중요 질문들에 답변해 주십시오

VillageCareMAX 외에 다른 처방약 보장(예: VA, TRICARE)을 받을 예정입니까? ☐ 예 ☐ 아니요

다른 보장의 이름:

이 보장의 가입자 번호:

이 보장의 그룹 번호:

주 Medicaid 프로그램에 가입되어 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

‘예’라고 답변하셨다면 Medicaid 번호를 기재해 주십시오. _____

- VillageCareMAX Medicare Health Advantage 플랜(HMO D-SNP): 해당하는 경우, 체크해 주십시오 ☐ 귀하는 뉴욕주 Medicaid에 따른 Medicare 비용 부담 지원 자격 요건을 충족하십니까?
- VillageCareMAX Medicare Total Advantage 플랜(HMO D-SNP): 해당하는 경우, 체크해 주십시오 ☐ 다음의 모든 요건을 충족하는지 표시해 주십시오. 1) 뉴욕주 Medicaid 보장에 대한 전체 자격 요건을 충족하십니까? 2) 18세 이상입니까? 3) 요양원 수준의 간호 자격이 있으며, 가입 발효일로부터 이후 120일 이상 계속해서 지역사회 또는 시설 기반 장기 요양 서비스가 필요하십니까? 4) 120일 이상 지역사회 기반 장기 서비스 및 지원(Community Based Long Term Services and Supports, CBLTSS)이 필요하며 다음과 같은 최소 필요 요건을 충족하십니까?
 o 두 가지 이상의 일상 활동(ADL)에 대해 신체 이동에 최소한의 도움이 필요하거나, 치매 또는 알츠하이머 진단을 받았다면 한 가지 이상의 ADL에 대해 최소한의 관리가 필요한 경우.

중요: 아래 내용을 읽고 서명하십시오

- VillageCareMAX 가입 상태를 유지하려면 병원(파트 A) 및 의료(파트 B) 보험을 모두 유지해야 합니다.
- 이 Medicare Advantage 플랜에 가입함으로써, 본인은 VillageCareMAX 가 본인의 정보를 Medicare 와 공유하며, Medicare 는 이 정보를 본인의 가입 상황 추적, 납부 처리, 그리고 연방 법률에 의해 허용된 기타 정보 수집 목적(아래 개인 정보 보호법 성명 참조)으로 사용할 수 있음을 확인합니다. 이 양식에 대한 응답은 자발적으로 이뤄집니다. 그러나 응답하지 않으면 플랜 가입에 영향을 줄 수 있습니다.
- 본인은 한 번에 하나의 MA 또는 파트 D 플랜에만 가입할 수 있으며, 이 플랜에 가입하면 다른 MA 또는 파트 D 플랜 가입은 자동으로 종료됨을 이해합니다(MA PFFS, MA MSA 플랜은 예외 적용).
- 제 VillageCareMAX 보장이 시작되면, 모든 의료 및 처방약 혜택을 VillageCareMAX 에서 받아야 함을 이해합니다. VillageCareMAX 에서 제공하고 VillageCareMAX ‘보장 증명서’ 문서(가입자 계약서 또는 구독자 계약서라고도 함)에 명시된 혜택과 서비스가 보장됩니다. Medicare 와 VillageCareMAX 는 보장되지 않는 혜택이나 서비스에 대해서는 비용을 지불하지 않습니다.
- 이 가입 신청서에 기재한 정보는 본인이 아는 범위 내에서 정확합니다. 이 양식에 고의로 허위 정보를 기재할 경우 플랜에서 탈퇴 처리된다는 점을 이해합니다.
- 본인은 이 신청서에 기재된 제 서명(또는 제 법적 대리인의 서명)이, 이 신청서 내용을 읽고 이해했다는 의미임을 알고 있습니다. 공인 대리인(위에 명시된 바와 같음)이 서명한 경우, 이 서명은 다음 사항을 증명합니다.
 - 1) 이 사람은 주 법률에 따라 이 가입을 완료할 권한이 있습니다.
 - 2) Medicare가 요청할 경우 이 권한에 관한 증빙 서류를 제출할 수 있습니다.

서명:

오늘 날짜:

귀하가 공인 대리인인 경우, 위에 서명한 후 아래 항목들을 작성해 주십시오.

이름:

주소:

전화 번호:

가입자와의 관계:

섹션 2 - 이 섹션의 모든 항목은 선택 사항입니다

이 질문들에 답변하는 것은 귀하의 선택입니다. 이 항목을 작성하지 않더라도 보장이 거부되지 않습니다.

영어가 아닌 다른 언어로 작성된 정보를 받기를 원할 경우, 한 가지를 선택하십시오.

☐ 스페인어 ☐ 크리올어(스페인) ☐ 중국어 ☐ 아랍어 ☐ 한국어 ☐ 러시아어 ☐ 이탈리아어 ☐ 프랑스어
☐ 크리올어(프랑스) ☐ 이디시어 ☐ 폴란드어 ☐ 타갈로그어 ☐ 벵골어 ☐ 알바니아어 ☐ 그리스어
☐ 우르두어

대체 형식으로 된 정보를 받기를 원할 경우, 한 가지를 선택하십시오.

☐ 점자 ☐ 대형 활자체 ☐ 오디오 CD ☐ 데이터 CD

위 목록에 없는 대체 형식으로 된 정보가 필요할 경우, VillageCareMAX(1-855-296-8800)로 문의해 주십시오. 사무실 운영 시간은 주 7일, 오전 8시~오후 8시입니다. TTY 사용자는 711번으로 전화할 수 있습니다.

현재 근로 중이십니까? ☐ 예 ☐ 아니요 배우자는 현재 근로 중이십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

귀하의 주치의(PCP), 클리닉, 건강 센터(선택하지 않을 경우, VillageCareMAX에서 담당 PCP를 지정합니다)를 기재해 주십시오.

이름: _____

주소: _____

전화: _____

NPI: _____

현재 이 의사로부터 진료를 받고 계십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

다음 자료들을 이메일을 통해 받고자 합니다. 하나 이상 선택하십시오.

등록 전 가입

☐ 혜택 요약서

☐ Medicare 별 등급 문서

☐ Medicaid Advantage Plus(MAP) 플랜 목록

☐ 소비자 장기 치료 지침

☐ 작성 완료한 Medicare 가입 신청서

이메일 주소: _____

가입

☐ 보장 증명서

☐ 의료 제공자 및 약국 명부

☐ 처방집(보장 약 목록)

플랜 보험료 지불

플랜 월 보험료(현재 부과 중이거나 납부해야 할 지연 가입 벌금 포함)를 우편, '전자 자금 이체(EFT)', '신용 카드'로 매월 납부할 수 있습니다. 또한 보험료를 귀하의 사회 보장 또는 철도 은퇴 위원회(RRB) 급여에서 매월 자동 공제하는 방법을 선택할 수도 있습니다.]

보험료 납부 방법을 선택하십시오.

- ☐ 청구서 수령하기: 플랜 월 보험료(현재 부과 중이거나 납부해야 할 지연 가입 벌금 포함)를 매월 우편으로 납부할 수 있습니다.
- ☐ 매월 귀하의 은행 계좌에서 전자 자금 이체(EFT)로 납부하기: 백지 무효 수표를 동봉하거나 다음 정보를 제공해 주십시오.
은행 이름: _____
예금주 이름: _____
은행 식별 번호: _____ 은행 계좌 번호: _____
계좌 유형: ☐ 당좌 ☐ 저축
- ☐ 신용 카드. 다음 정보를 제공해 주세요.
카드 유형: _____
카드에 기재된 예금주 이름: _____
계좌 번호: _____
만료일: __/__/____(MM/YYYY)
CVV: _____
청구서 주소: _____
시: _____
주: _____
우편번호: _____
- ☐ 매월 사회 보장 혜택에서 자동 공제
- ☐ 매월 철도 은퇴 위원회(RRB) 혜택에서 자동 공제

파트 D 소득 관련 월별 조정 금액(D-IRMAA)을 납부해야 하는 경우, 플랜 보험료 외에 이 추가 금액도 함께 납부해야 합니다. 해당 금액은 보통 귀하의 사회 보장 혜택에서 공제되거나, Medicare(또는 RRB)로부터 청구서를 수령할 수 있습니다 파트 D-IRMAA 금액을 VillageCareMAX에 납부하지 마십시오.

해당 가입자의 양식 작성을 돕는 개인 전용 기재란

가입자가 이 양식을 작성하는 데 도움을 제공하는 개인(예: 에이전트, 중개인, SHIP 상담사, 가족 구성원, 기타 제3자)이라면 이 섹션을 작성해 주십시오.

이름: _____ 가입자와의 관계: _____
서명: _____ 국가 보험 대리인 번호(에이전트/중개인 전용): _____

사무실 전용 기재란

직원/에이전트/중개인의 이름(가입 과정에서 도움을 받은 경우): _____

직원/에이전트/중개인이 신청서를 수령한 날짜: _____

계약 H2168/플랜 ID #: _____

보장 발효일: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ MA OEP: _____ SEP(유형): _____ OEPI: _____

자격 없음: _____

개인 정보 보호법 설명

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)는 Medicare 플랜으로부터 정보를 수집하여 Medicare Advantage(MA) 플랜 수혜자의 가입 현황을 추적하고, 진료 품질 향상과 Medicare 혜택 지급 목적으로 활용합니다. 이 정보 수집은 사회보장법 제1851조와 42 CFR §§ 422.50 및 422.60에 의해 허용됩니다. CMS는 기록 시스템 공지(System of Records Notice, SORN) 'Medicare Advantage 처방약(MARx)', 시스템 번호 09-70-0588에 명시된 대로 Medicare 수혜자의 가입 정보를 활용, 공개, 교환할 수 있습니다. 이 양식에 대한 응답은 자발적으로 이뤄집니다. 그러나 응답하지 않으면 플랜 가입에 영향을 줄 수 있습니다.