2025년 개인 가입 신청서

신청서는 누가 사용할 수 있나요?

SCAN Connections(HMO D-SNP) 또는 SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)에 가입하려는 Medicare 가입자

이러한 플랜에 가입하려면 다음에 해당해야 합니다.

- 미국 시민권자 또는 합법적인 미국 거주자
- 플랜의 서비스 지역에 거주

중요: 이러한 플랜에 가입하려면 다음 항목을 가지고 있어야 합니다.

- Medicare 파트 A(병원 보험)
- Medicare 파트 B(의료 보험)
- Medi-Cal 전체 혜택

신청서는 언제 사용하나요?

플랜에 가입할 수 있는 시기:

- 매년 10월 15일 – 12월 7일(1월 1일부터 보장 개시)
- Medicare 최초 가입일로부터 3개월 이내
- 플랜 가입 또는 전환이 허용된 특별한 상황

플랜 가입이 가능한 시기에 대한 자세한 정보는 Medicare.gov를 방문하여 확인해 주십시오.

신청서를 작성할 때 무엇이 필요한가요?

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

참고: 섹션 1의 모든 항목을 작성해야 합니다. 섹션 2의 항목은 선택 항목입니다. 이 섹션을 작성하지 않아도 보장을 받을 수 있습니다.

안내:

- 가을 공개 가입 기간(10월 15일 – 12월 7일) 중 플랜에 가입하려면 12월 7일까지 작성한 양식을 플랜에 제출해야 합니다.

다음에 할 일?

작성하고 서명한 신청서를 다음으로 보내 주십시오.

SCAN Health Plan
Attention: Enrollment and Reconciliation
PO BOX 22616
LONG BEACH CA 90801

가입 신청서가 처리되면 연락드리겠습니다.

신청서 작성과 관련된 도움은 어떻게 받을 수 있나요?

SCAN Health Plan에 **1-800-559-3500**(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.
또는 Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화할 수 있습니다.

주거지 상실 경험

플랜에 가입하고 싶지만 영주권이 없는 경우, 사서함, 보호소 또는 클리닉의 주소 또는 우편물을 받는 주소(예: 사회보장연금 수표)를 영주권 주소로 사용할 수 있습니다.

1995년 서류작업 감축법에 따라, 유효한 OMB 관리번호가 표시되지 않은 한 아무도 정보 수집에 대응할 의무가 없습니다. 본 정보 수집에 대한 유효한 OMB 관리번호는 0938-1378입니다. 이 정보를 작성하는 데 걸리는 시간은 지시사항 검토와 기존의 데이터 출처 검색, 필요한 데이터 수집 및 정보 수집을 완료하고 검토하는 데 걸리는 시간을 포함하여 평균 20분이 걸릴 것으로 예상됩니다. 정확한 예상 시간에 관한 의견이나 이 양식을 개선하기 위한 제안이 있으시면 아래로 서신을 보내주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850. OMB No. 0938-1378 Expires: 6/30/2026

Y0057_SCAN_21739_2025_M 02272025

2/25 25F-CADSNPFORMKO

1 이 섹션의 모든 작성란은 필수 항목입니다(선택 항목으로 표시된 것은 제외).

가입을 원하시는 플랜을 선택하십시오.

SCAN Connections(HMO D-SNP)

☐ 001 로스앤젤레스, 리버사이드, 샌버나디노 및 샌디에이고 카운티 $0/월

SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)

☐ 002 로스앤젤레스, 리버사이드, 샌버나디노 및 샌디에이고 카운티 $0/월

중요

PRA Reports Clearance Office에 연락할 때 이 양식이나 기타 문서에 보상 청구서, 결제, 의무 기록 등과 같은 개인정보가 포함되지 않도록 해 주십시오. 본 신청서나 양식 수집 업무의 개선 방법과 관련이 없는 모든 문서는 폐기되며 (OMB 0938-1378 참조), 보관하거나 검토하거나, 플랜에 전달되지 않습니다. 작성한 양식을 플랜으로 보내려면 이전 페이지의 "다음에 할 일?"을 참조하십시오.

1 이 섹션의 모든 작성란은 필수 항목입니다(선택 항목으로 표시된 것은 제외) (*계속*)

성:

이름: 미들 이니셜(선택 사항)

생년월일: / / 성별: ☐남성 ☐여성

월 월 일 일 년 년 년 년

전화번호: ( ) -

주 거주지 거리 주소(사서함 사용 불가. 참고: 노숙을 하는 개인의 경우, 사서함이 영주 주소로 간주될 수 있음):

시: 주: 우편번호:

우편 주소, 주 거주지 주소와 다를 경우(사서함 사용 가능):

도로명 주소:

시: 주: 우편번호:

비상 연락처(선택 사항)**:**

전화번호: ( ) -

관계: _____

귀하의 Medicare 정보:

Medicare 번호: - -

다음의 중요한 질문에 답변해 주십시오.

귀하는 SCAN Health Plan에 추가로 다른 처방약 보장(VA, TRICARE 등)에 가입하실 예정입니까? ☐예 ☐아니요

다른 보장 이름: _____

이 보장의 가입자 번호: _____ 이 보장의 그룹 번호: _____

귀하는 주 정부 Medi-Cal(Medicaid) 프로그램에 가입되어 있습니까? ☐예 ☐아니요

"예"일 경우 Medi-Cal(Medicaid) 번호 기입: 발급일:

/ /

월 월 일 일 년 년 년 년

SCAN Connections at Home(HMO D-SNP)에 가입할 경우에만 아래의 질문에 답해 주십시오.

간호 촉진 진료 수준에 대한 평가를 받았습니까? ☐예 ☐아니요

현재 다음 프로그램 중 하나에 가입되어 있습니까?

가정 및 지역사회 기반 대안(HCBA) 면제(이전의 NF/AH 면제) ☐예 ☐아니요

다목적 시니어 서비스 프로그램(MSSP) ☐예 ☐아니요

AIDS Medi-Cal 면제 프로그램 ☐예 ☐아니요

생활 보조 면제 ☐예 ☐아니요

재택 지원 서비스(IHSS) ☐예 ☐아니요

주정부의 규정에 따라 상기 프로그램 중 어느 하나에라도 가입되어 있는 경우, SCAN Health Plan을 통한 Medi-Cal 가입 전에 이러한 프로그램을 먼저 가입 해지해야 합니다.

1 이 섹션의 모든 작성란은 필수 항목입니다(선택 항목으로 표시된 것은 제외) (*계속*)

중요: 다음을 읽고 아래에 서명해 주십시오:

- 본인은 상기 프로그램이 제공하는 서비스를 받기로 선택하는 경우 SCAN Health Plan에서 제공하는 Medi-Cal을 가입 해지해야 함을 이해합니다.
- 본인이 SCAN Health Plan을 유지하려면 병원(파트 A) 및 의료(파트 B) 보험을 모두 유지해야 합니다.
- 본 Medicare Advantage 플랜에 가입하면 SCAN Health Plan이 본인의 정보를 Medicare와 공유하게 되며 Medicare는 이를 이용하여 본인의 가입 정보를 추적하고 결제하고 이러한 정보를 수집하는 것에 대한 권한을 주는 기타 연방법에 의해 허용된 기타 목적으로 사용함을 이해합니다(아래의 개인정보 보호법 규정 참조). 이 신청서에 대한 귀하의 답변은 자발적으로 이루어집니다. 하지만 답변하지 않을 경우, 플랜 가입에 영향을 줄 수 있습니다.
- 한 번에 하나의 MA 플랜에만 가입할 수 있으며, 이 플랜에 등록하면 다른 MA 플랜에 대한 가입이 자동으로 종료됩니다(MAPFFS, MAMSA 플랜 제외).
- 본인의 SCAN Health Plan 보장이 시작되면 모든 의료 혜택과 처방약 혜택을 SCAN Health Plan으로부터 이용해야 함을 이해합니다. SCAN Health Plan에서 제공되며 SCAN Health Plan의 가입자 안내서(보장 증명서)(가입자 계약서 또는 가입자 동의서라고도 함)에 포함된 혜택과 서비스가 보장됩니다. Medicare나 SCAN Health Plan은 보장되지 않는 혜택이나 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다.
- 본인의 거주 카운티가 Medi-Cal 상태 관련 본인 정보를 SCAN 보장 결정 목적으로 또는 자격 유지 목적으로 직무상 필요로 하는 SCAN Health Plan, 카운티, 주정부 또는 연방정부 직원에게 공개하는 것을 허락합니다. 본인은 법적으로 이러한 공개를 반드시 허가해야 할 의무는 없으나 허가하지 않는 경우, SCAN Medicare/Medi-Cal 플랜 가입 자격을 얻지 못하게 됨을 이해합니다. 본인은 이 허가가 서명일로부터 1년이 지나면 만료됨을 이해합니다.
- 서비스 지역 외부로 이사하는 경우 SCAN에 알려야 가입이 해지될 수 있습니다. SCAN의 서비스 지역은 가입자 안내서(보장 증명서)에 안내된 승인된 카운티입니다.
- 본 가입 신청서에 기재된 정보는 본인이 알고 있는 한 사실과 다름이 없습니다. 본인은 본 신청서에 기재된 정보가 사실이 아닌 경우 플랜에서 탈퇴된다는 점을 이해합니다.
- SCAN에서 가입 해지를 하려면 전화로 가입 해지 신청서를 우편으로 보내 달라고 할 수 있습니다. 가입 해지를 위해 본인이 출석하지 않아도 됩니다. 특정 상황에서는 다른 경우에도 가입 해지가 가능합니다.
- 본인은 SCAN Health Plan에 가입하고 SCAN이 본인의 Medi-Cal 혜택을 제공하며 그렇기 때문에 의료 서비스를 SCAN을 통해 받을 수 있다는 것을 이해합니다. 본인은 Medi-Cal 자격을 잃거나 자발적으로 탈퇴하지 않는 경우라면 Medi-Cal이 SCAN에 할당되며, 탈퇴 시 SCAN Health Plan이 본인의 Medi-Cal을 해지하는 데 의료서비스부에서 15–45일이 소요될 수 있음을 이해합니다.
- 본인이 본 신청서에 서명하는 경우(또는 본인의 합법적인 위임 대리인이 서명하는 경우) 신청서의 내용을 읽고 이해했다는 것을 의미합니다. 위임 받은 대리인이 서명하는 경우(상기에 기술된 대로), 이 서명은 다음을 증명합니다.

  1) 본 서명자는 미국 법률에 따라 이 가입 양식을 작성할 권한을 가지고 있으며
  2) 대리 권한에 대한 증빙 문서는 Medicare가 요청할 경우 제공 가능.

서명: _____ **오늘 날짜:** ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

위임 받은 대리인의 경우, 위에 서명하고 다음 난을 작성하십시오.

이름:	주소:
전화번호:	가입자와의 관계:

2 이 섹션의 모든 작성란은 선택 항목입니다.

질문에 대한 답변 여부는 신청인의 선택입니다. 문서를 작성하지 않아도 보장이 거절되는 일은 없습니다.

히스패닉, 라틴계 또는 스페인계입니까? 해당하는 항목을 모두 선택하십시오.

☐ 아니요, 히스패닉, 라틴계 또는 스페인계가 아닙니다
☐ 예, 멕시코인, 멕시코계 미국인, 치카노(또는 치카나)입니다
☐ 예, 푸에르토리코인입니다
☐ 예, 쿠바인입니다
☐ 예, 다른 히스패닉, 라틴계 또는 스페인계입니다
☐ **답하고 싶지 않습니다.**

어떤 인종입니까? 해당하는 항목을 모두 선택하십시오.

☐ 아메리카 인디언 또는 알래스카 원주민
☐ 중국인
☐ 일본인
☐ 기타 아시아인
☐ 베트남인
☐ **답하고 싶지 않습니다.**
☐ 인도인
☐ 캄보디아인
☐ 필리핀인
☐ 한국인
☐ 기타 태평양섬 주민
☐ 백인
☐ 흑인 또는 아프리카계 미국인
☐ 파마니안 또는 차모로
☐ 하와이 원주민
☐ 사모아인
☐ 다인종
☐ 모름

이메일 수신 동의: 이메일 주소: _____

다음 자료를 이메일로 수령하기를 원합니다.

☐ 이메일 주소를 제공하여 미국 우편이 아닌 온라인으로 SCAN 자료를 받는 것에 동의합니다. 여기에는 파트 C 및 파트 D 혜택 설명(EOB), 연례 변경 통지서(ANOC)와 같은 문서가 포함되며 언제든지 미국 우편으로 변경할 수 있음을 이해합니다.

문자 수신 동의: 휴대전화 번호: (☐☐☐) ☐☐☐ - ☐☐☐☐

* 전화번호를 제공하여 의료, 복지 혜택 또는 기타 목적을 위해 SCAN Health Plan을 통해 자동 및/또는 기타 문자 메시지를 수신하는 데 동의합니다. 이러한 동의는 서비스를 받기 위한 조건이 아니며 언제든지 수신 거부할 수 있습니다. 메시지 및 데이터 요금이 적용될 수 있습니다.

언어 선택:

영어 이외의 다른 언어로 정보를 수령하기를 원하신다면 언어를 선택해 주십시오.
☐ 스페인어 ☐ 중국어 ☐ 한국어 ☐ 베트남어

귀하의 선호 언어(영어 이외의 언어인 경우):
☐ 스페인어 ☐ 광둥어 ☐ 만다린어 ☐ 한국어 ☐ 베트남어

장애인을 위한 형식으로 정보를 수령하기를 원하신다면 다음 중 하나를 선택해 주십시오.
☐ 점자 ☐ 대형 활자 ☐ 오디오 CD ☐ 데이터 CD

위에 제시되지 않은 형식으로 정보를 받으시려면 1-800-559-3500(TTY: 711)번으로 SCAN Health Plan에 연락해 주십시오. 저희 업무 시간은 10월 1일부터 3월 31일까지 기간에는 주 7일, 오전 8시 – 오후 8시입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지 기간에는 월요일 – 금요일, 오전 8시 – 오후 8시입니다. TTY 사용자는 711로 전화해 주십시오.

현재 직업이 있으십니까? ☐ 예 ☐ 아니요

귀하의 배우자/파트너가 직업이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

2 이 섹션의 모든 작성란은 선택 항목입니다 (*계속*)

선호하는 주치의가 없습니다. 저를 계약된 SCAN 주치의에게 자동으로 배정해 주십시오. ☐예 ☐아니요	
귀하가 이용하시는 주치의(PCP), 클리닉 또는 병원을 열거해 주십시오. _____	
주치의 번호: ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐	의료 그룹 번호: ☐☐☐☐☐
현재 이 의사의 환자이십니까? ☐예 ☐아니요	

가입자가 이 양식을 작성할 수 있도록 도와주는 개인에게만 해당	
가입자가 이 양식을 작성하는 것을 돕는 개인(예: 대리인, 중개인, SHIP 카운셀러, 가족 구성원 또는 기타 제3자)인 경우 이 섹션을 작성하십시오.	
이름:	가입자와의 관계:
서명:	미국 제공자 번호(에이전트/브로커만 해당):

개인정보 보호법 규정

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)는 Medicare Advantage(MA)의 가입자 등록을 추적하고, 서비스를 개선하고, Medicare 혜택 납부 등을 추적하기 위해 Medicare 플랜으로부터 정보를 수집합니다. 사회보장법 1851절, 42 CFR §§ 422.50, 422.60은 이러한 정보의 수집을 허락하고 있습니다. CMS는 System of Records Notice(SORN) "Medicare Advantage 처방약(MARx)", 시스템 번호 09-70-0588에 명시된 바와 같이 Medicare 가입자의 가입 정보를 사용, 공개 및 교환할 수 있습니다. 이 신청서에 대한 귀하의 답변은 자발적으로 이루어집니다. 하지만 답변하지 않을 경우, 플랜 가입에 영향을 줄 수 있습니다.

Y0057_SCAN_21739_2025_M 02272025

가입 기간 동안의 자격 증명서

일반적으로 귀하는 연례 가입 기간인 매년 10월 15일부터 12월 7일까지의 기간 내에만 Medicare Advantage 플랜에 가입할 수 있습니다. 이 기간 이외의 기간에 Medicare Advantage 플랜에 가입할 수 있는 예외 조항이 있습니다. 다음 설명을 잘 읽고 해당되는 경우 박스에 체크해 주십시오. 아래 박스에 체크함으로써 귀하가 알고 있는 한 가입 기간 동안 가입 자격이 있다는 것을 증명하는 것입니다. 추후에 이 정보가 정확하지 않다고 판단될 경우 귀하의 가입은 무효가 될 수 있습니다.

☐ 본인은 Medicare 신규 가입자입니다.(1)

☐ 본인은 현재 Medicare Advantage 플랜에 가입되어 있는 상태이며 Medicare Advantage 공개 가입 기간(MA OEP) 중에 플랜 변경을 원합니다.(2)

☐ 본인은 현재 플랜의 서비스 지역에서 다른 지역으로 이사를 나왔거나 최근 이사해 왔으며 이 플랜은 본인에게 새로운 옵션입니다. 이사일:(3) ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

☐ 본인은 최근 감옥에서 석방되었습니다. 출소일:(4) ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

☐ 본인은 미국 외 국가에서 거주하다가 최근 미국으로 귀국했습니다. 미국 귀국일:(5) ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

☐ 본인은 최근 미국에서 합법적 체류 신분을 획득했습니다. 신분 획득일:(6) ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

☐ 본인의 Medicaid 자격에 최근 변동 사항이 있었습니다(Medicaid에 신규로 가입했거나 Medicaid 지원 레벨이 변경되었거나 Medicaid를 상실). 변경 사항 발생일:(7) ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

가입 기간 동안의 자격 증명서 *(계속)*

☐ Medicare 처방약 비용을 부담해주는 본인의 추가 지원에 최근 변동 사항이 있었습니다(새로 추가 지원을 받게 되었거나 추가 지원레벨이 변경되었거나 추가 지원자격을 상실). 변경사항 발생일:[8] ___ / ___ / ____

☐ 본인은 Medicare에 가입되어 있으며 전체 Medicaid 혜택을 받고 있습니다. Medicare와 Medicaid 관리형 의료 플랜(통합 이중 적격 특수 요구 플랜(D-SNP)이라고 함) 간의 보장을 조정하는 플랜에 가입하거나 이 플랜으로 전환하고 싶습니다.[9]

☐ 본인은 장기 진료 시설(예: 요양원 또는 장기 진료 시설)로 이사할 예정이거나 현재 거주하고 있거나 최근에 나왔습니다. 시설로 입주한 날짜 또는 입주 예정일 또는 퇴소일:[10] ___ / ___ / ____

☐ 최근 PACE 프로그램 탈퇴일:[11] ___ / ___ / ____

☐ 본인은 최근 비자발적으로, 믿을 수 있는 처방약 보장(Medicare만큼 좋은 보장)을 상실했습니다. 약 보장을 상실한 날짜:[12] ___ / ___ / ____

☐ 고용주 또는 노동조합 보장 탈퇴일:[13] ___ / ___ / ____

☐ 본인은 주에서 제공하는 의약품 지원 프로그램에 가입되어 있습니다.[14]

☐ 본인의 플랜이 Medicare 계약을 종료하거나 Medicare가 본인의 플랜과의 계약을 종료합니다.[15]

☐ Medicare(또는 주 정부)에서 본인을 플랜에 가입시켰는데 다른 플랜으로 바꾸고 싶습니다. 해당 플랜의 가입 개시일:[16] ___ / ___ / ____

☐ 본인은 특수 요구 플랜(SNP)에 가입했으나 해당 플랜에서 요구하는 자격 조건을 상실했습니다. SNP 탈퇴일:[17] ___ / ___ / ____

☐ 본인은 날씨 관련 비상 사태 또는 주요 재해(연방재난관리국(FEMA) 또는 연방, 주 또는 지방자치단체에서 재난을 선포한 경우)로 인한 피해를 입었습니다. 여기에 나와 있는 기타 진술 중 하나가 본인에게 적용되었지만 자연 재해로 인해 가입을 할 수 없었습니다.[18]

☐ 재정 문제로 인해 최근 주 또는 지역 규제 당국이 법정관리 또는 인수한 Medicare Advantage 플랜에 가입되어 있습니다.[19]

☐ 본인은 최근 파트 C 또는 파트 D에서 별점 2.5점 이하인 Medicare Advantage 플랜에 가입되어 있습니다Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)로부터 저조한 성과를 보인 3년.[20]

☐ 본인은 파트 A에 대한 보험료를 지불하고 일반 가입 기간(매년 1월 1일-3월 31일)에 파트 B에 가입했습니다. Medicare 약 플랜(파트 D) 또는 약 보장이 있는 Medicare Advantage 플랜에 가입하고 싶습니다.[21]

☐ 본인은 예외적인 상황으로 인해 자격이 있는 특별 가입 기간에 파트 A(병원 보험) 또는 파트 B(의료 보험)에 가입했습니다. Medicare Advantage 플랜(약 보장이 있는 것 또는 없는 것)에 가입하고 싶습니다.[22]

이러한 진술문이 귀하에게 해당되지 않거나 확실치 않다면, SCAN Health Plan에 1-800-559-3500 (TTY: 711)번으로 문의하여 가입 자격이 있는지 확인하십시오. 10월 1일부터 3월 1일까지는 주 7일 오전 8시에서 오후 8시까지 운영합니다. 4월 1일부터 9월 30일까지 업무 시간은 월요일-금요일, 오전 8시-오후 8시이며(태평양 표준시), 휴일과 영업 시간 외 시간에 수신된 메시지는 영업일 기준으로 1일 이내에 답변을 드립니다.

INTERNAL OFFICE USE ONLY	
NAME OF STAFF MEMBER/AGENT/BROKER (if assisted in enrollment):	NATIONAL PRODUCER NUMBER (NPN):
EFFECTIVE DATE OF COVERAGE: ___ / ___ / ____	REC'D DATE: ___ / ___ / ____
☐ EE DUP CONF#	