

기록을 위해 본 양식의 사본을 보관하십시오.

메디케어 OneCare Connect Cal MediConnect(Medicaid) Plan 가입 양식

메디케어-메디케이드 플랜에 가입하려면, 반드시 메디케어 파트 A(병원 보험)와 메디케어 파트 B (의료 보험), 메디칼에 가입되어 있어야 합니다.

건강 플랜을 선택하십시오.

<input type="checkbox"/> OneCare Connect
--

개인 정보:

성명: (이름, 중간이름, 성)			
생년월일: (__ / __ / ____) 월 일 년도		성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성	
전화번호:	대체 전화번호:	이메일 주소:	
집 주소:			
도시:	주:	우편 번호:	카운티(선택 사항):
우편주소(집 주소와 다른 경우):			

H8016_20MM072TK

백색-처리 중인 개인 황색-OneCare Connect 담당자 핑크색-가입 중인 개인

도시:	주:	우편 번호:	카운티(선택 사항):
-----	----	--------	-------------

비상 연락처 이름:	비상 연락처 전화번호:
------------	--------------

영어가 아닌 언어 또는 장애인용 형식으로 정보를 받아 보시려면 아래 해당하는 상자에 표시를 하시기 바랍니다.

스페인어 베트남어 페르시아어 한국어
 중국어 아랍어 점자 또는 오디오, 클글자

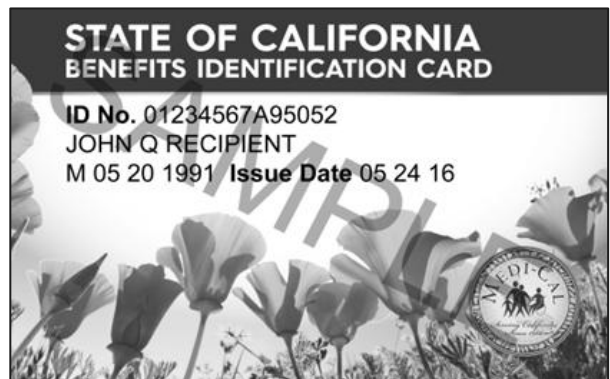
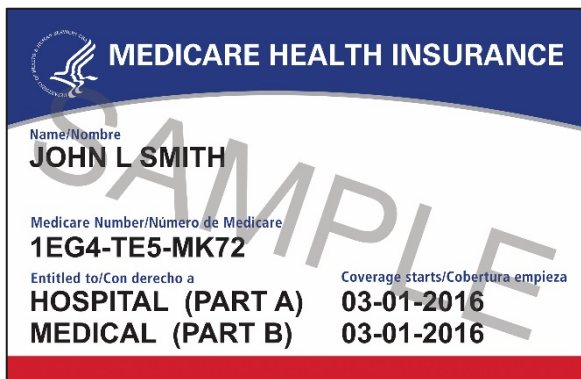
장애인용 형식 또는 위의 목록에 없는 언어로 정보를 받아 보시려면 OneCare Connect 전화번호 **1-855-705-8823** 로 연락해 주시기 바랍니다. 저희 사무실 영업 시간은 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시입니다. TTY 사용자는 전화번호 **1-800-735-2929** 로 연락하시기 바랍니다.

귀하가 주로 의료 서비스를 이용하는 곳을 알려주십시오.

주치의 또는 진료소, 의료 센터의 이름:	전화번호:
------------------------	-------

귀하의 메디케어 및 메디칼 혜택 정보를 알려주십시오.

귀하의 메디케어 및 메디칼 정보를 아래에 작성하여 주십시오. 관련 정보는 귀하의 적색 및 백색, 청색 메디케어 카드 또는 철도은퇴위원회(Railroad Retirement Board)에서 확인하실 수 있습니다. 또한 귀하의 메디칼 ID 번호를 메디칼 카드 전면에 기재된 그대로 적어 주십시오.



성명(메디케어 카드에 기재된 그대로):

성명(메디케이드 카드에 기재된 그대로):

메디케어 번호:	
다음 자격을 보유하였음:	발효일자:
병원(파트 A):	
의료(파트 B):	
반드시 메디케어 파트 A 및 파트 B 에 가입되어 있어야 MMP(Medicare-Medicaid Plan) 플랜에 가입하실 수 있습니다.	

메디케이드 번호:

기타 개인 정보:

말기신장 질환(ESRD)이 있으십니까? "예"이고 성공적으로 신장 이식을 받은 경우 및/또는 정기적으로 투석을 받을 필요가 없는 경우에는 주치의가 작성한 메모를 첨부하여 주십시오.		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
장기치료 시설에 거주하고 계십니까? "예"인 경우 아래의 정보를 기입하여 주십시오.		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
시설 이름:		전화번호:
직업이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	결혼하였습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	배우자에게 직업이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

건강 및 처방약 보장 범위에 관한 정보:

어떤 사람들은 기타 건강보험이나 약 보험을 개인 보험, TRICARE, 고용주, 노조, 국가보훈처, 또는
주 의약품지원프로그램(State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP)을 통해 받기도 합니다.

다른 건강혜택이 있으십니까? "예"인 경우 아래의 정보를 기입하여 주십시오. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
	그룹 번호:

가입한 플랜 이름(해당하는 경우 고용주 이름 포함):	ID 번호:
가입한 플랜 이름(해당하는 경우 고용주 이름 포함):	그룹 번호:
	ID 번호:
가입한 플랜 이름(해당하는 경우 고용주 이름 포함):	그룹 번호:
	ID 번호:
가입한 플랜 이름(해당하는 경우 고용주 이름 포함):	그룹 번호:
	ID 번호:
가입한 플랜 이름(해당하는 경우 고용주 이름 포함):	그룹 번호:
	ID 번호:

고용주나 노조를 통해 현재 건강혜택이 있으신 경우, 귀하(또는 귀하의 피부양자)가 OneCare Connect에 가입하시면 해당 혜택을 상실할 수도 있습니다. 귀하의 고용주나 노조를 통해 귀하의 혜택에 대한 정보를 더 많이 얻으실 수 있습니다. 문의 사항은 근무하시는 회사의 복지 관리 담당자에게 문의하십시오.

아래 내용을 읽고 서명하여 주십시오.

본 양식에 서명함으로써 귀하는 다음 내용을 이해하였음을 나타냅니다.

- OneCare Connect는 연방 정부 및 캘리포니아주와 계약을 맺고 있습니다.
- 귀하가 새로운 플랜을 통해 받게 되는 건강 서비스는 이전에 받았던 서비스와는 다를 수 있습니다.
- 본인은 메디케어 파트 A 및 B, 메디칼 가입을 유지하여야 합니다.
- 본인은 한 번에 단 한 가지 메디케어 플랜에 가입할 수밖에 없습니다.
- OneCare Connect에 가입함으로써 본인은 다른 메디케어 건강 또는 처방약 플랜에서 탈퇴합니다.
- 본인은 현재 또는 미래에 받게 될 모든 처방약 보장 보험에 관하여 메디케어 및 메디칼에 알려야 합니다.
- 본인이 이사하는 경우 OneCare Connect로 알려야 합니다.
- OneCare Connect 회원으로서 본인은 OneCare Connect의 비용 지급 또는 서비스에 관한 결정에 동의하지 않는 경우 항소할 권한을 보유하고 있습니다.

- OneCare Connect 회원 안내서(혜택 적용 증명)에는 본인이 반드시 지켜야 하는 규칙들이 나와있음을 이해합니다.
- OneCare Connect는 보통 국외에 있는 회원에 대하여 보장 혜택을 제공하지 않으나 미국 국경 인근 지역에서 일부 제한적인 혜택 보장 혜택을 제공할 수도 있습니다.
- OneCare Connect 혜택 시작 날짜로부터 본인은 반드시 OneCare Connect 의료서비스 제공자로부터 건강 관리를 받아야 하며, 단 응급 또는 긴급 상황 시 필요한 진료, 적용 지역 외에서의 투석 또는 다른 의료서비스 제공자의 진료를 받아도 좋다는 OneCare Connect 또는 캘리포니아주 승인을 받은 일부 경우는 제외합니다.
- OneCare Connect는 어떤 서비스들이 혜택 적용이 되는지 알려드리기 위해 제공된 회원 안내서(혜택 적용 증명)에 소개된 대로 OneCare Connect 의사 및 기타 의료서비스 제공자를 통한 나의 건강 관리에 대해 혜택을 적용할 것입니다.
- 만일 OneCare Connect에 속하지 않은 의사나 기타 의료서비스 제공자의 진료가 필요한 경우, 사전 승인이 필요할 수 있으며 그렇지 않으면 자신이 받은 서비스 비용을 본인이 부담할 수도 있습니다.
- 본인은 만일 판매 대리인이나 중개인, OneCare Connect에 고용되거나 계약된 다른 직원이 도와주는 경우, 이들을 통해 가입 시 OneCare Connect가 해당 개인에게 비용을 지급할 수도 있음을 이해합니다.
- OneCare Connect에 가입함으로써 OneCare Connect는 치료와 비용 지급, 건강 관리 운영에 필요 시 본인의 정보를 메디케어 및 메디칼, 기타 플랜과 공유할 수도 있음을 이해합니다.
- 본인은 처방약에 대해 혜택이 적용되지만 이미 복용 중인 같은 약이 항상 혜택 처리가 되는 것은 아니라는 점을 이해합니다. 본인은 다른 약물로 전환하기까지 최소 30일 간 현재 사용 중인 약물을 사용할 것이며, OneCare Connect 가입 후 메디케어 및 메디칼 서비스에 대해 최대 12개월 간 기존 의료서비스 제공자를 이용할 수 있음을 이해합니다. 또한 본인은 OneCare Connect에는 비정기적이고 응급 상황을 제외하고 본인이 건강 관리 서비스를 받기 위해 반드시 이용해야 하는 의료서비스 제공자 및 약국들이 있다는 점을 이해합니다.
- OneCare Connect는 본인의 처방약 혜택 적용을 포함한 개인 정보를 메디케어 및 메디칼과 공유할 수 있음을 이해합니다. 그들은 연방 법령 및 규정이 허용하는 대로 연구 및 기타 목적을 위해 개인 정보를 공개할 수 있습니다.
- 이 양식에 제공된 정보는 본인이 아는 한 정확합니다. 만일 이 양식에 고의적으로 허위 정보를 제공한 경우 본인은 OneCare Connect에서 탈퇴 처리됨을 이해합니다.
- 이 양식에 기재된 본인의 서명(또는 승인된 대리인의 서명)을 통해 본인은 이 양식을 읽고 이해하였음을 확인합니다. 승인된 대리인이 서명하는 경우 해당 대리인의 서명은 대리인 본인이 주

법에 의거하여 이 가입을 완료하도록 승인된 자이며 메디케어 및/또는 메디칼의 요청 시 이러한 승인과 관련된 서류를 제출할 수 있음을 의미합니다.

본인의 서명:	날짜:
해당하는 경우 승인된 대리인에 관한 정보: 귀하가 승인된 대리인인 경우 반드시 아래에 정보를 제공하고 서명한 후 날짜를 기입해야 합니다.	
성명(정자체):	
서명:	
날짜:	
주소:	
전화번호:	
메디케어 및 메디케이드 가입자와의 관계:	

자세한 내용을 위해, www.caloptima.org 을 방문하십시오. 만약 질문이 있으시면, OneCare Connect 전화번호 1-855-705-8823 으로 주 7 일 24 시간 문의하십시오. TTY 사용자는 1-800-735-2929 로 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 큰글자, 점자 또는 오디오같은 다른 형식으로 된 이 정보를 무료로 받아보실 수 있습니다.

Office Use Only

Name of staff member (if assisted enrollment)	
Plan ID#:	Effective date of coverage:
SEPs: <input type="checkbox"/> ICEP/IEP <input type="checkbox"/> OEP <input type="checkbox"/> AEP <input type="checkbox"/> SEP (type) <input type="checkbox"/> Not Eligible	
CMS approved (MM/DD/YY):	Preferred language:
Health network:	
PCP name:	

OneCare Connect Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)은 메디케어 및 메디칼과 계약을 맺고 두 프로그램의 혜택을 가입자들에게 제공하는 건강 플랜입니다. OneCare Connect 는 민권에

해당되는 연방정부 법률에 준수하며, 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별때문에 사람들을 차별대우 하지 않습니다. 저희 고객 서비스의 번호 **1-855-705-8823** 으로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. TDD/TTY 사용자는 번호 **1-800-735-2929** 로 전화하십시오.

English: ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電**1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**)。

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**)번으로 전화해 주십시오.

Farsi:

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.

باشماره **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس بگیرید.

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث بلغة أخرى غير الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل على الرقم **1-855-705-8823** (الهاتف النصي/خط الاتصال لضعاف السمع TTY: **1-800-735-2929**).