

가입 양식 지침

누가 이 양식을 사용할 수 있습니까?

HMSA Medicare Advantage Plan에 가입하고자 하는 Medicare 가입자.

플랜에 가입하려면 반드시 다음 조건을 갖춰야 합니다.

- 미국 시민이거나 합법적으로 미국에 거주해야 함
- 플랜 서비스 지역에 거주해야 함

중요: HMSA Akamai Advantage Dual Care에 가입하려면 다음 요건을 모두 충족해야 합니다.

- Medicare Part A(병원 보험)
- Medicare Part B(의료 보험)
- HMSA QUEST (Medicaid)

이 양식은 언제 사용합니까?

귀하는 다음과 같이 플랜에 가입할 수 있습니다.

- 매년 10월 15일부터 12월 7일 사이(1월 1일부터 적용되는 경우)
- 처음 Medicare에 가입한 후 3개월 이내
- 플랜 가입 또는 전환이 허용되는 특정 상황

플랜에 가입할 수 있는 시기에 대해 자세히 알아보려면 medicare.gov를 방문하십시오.

이 양식을 작성하려면 무엇이 필요합니까?

- Medicare 번호(빨간색, 흰색, 파란색 Medicare 카드의 번호)
- 영구 거주지 주소 및 전화 번호

참고: 선택 사항으로 명시되지 않는 한 1-4페이지의 모든 항목을 작성해야 합니다. 5페이지의 항목은 선택 사항이며, 작성하지 않았다고 해서 보험 적용이 거부될 수는 없습니다.

알림:

- 가을 공개 가입 기간(10월 15일~12월 7일) 동안 플랜에

가입하려면 12월 7일까지 작성된 양식을 제출해야 합니다.

- HMSA에서 플랜 보험료 청구서를 보내드립니다. 가입 시 은행 계좌에서 보험료가 공제되도록 하거나 매월 사회 보장 또는 Railroad Retirement Board(RRB) 혜택에서 보험료가 공제되도록 선택할 수 있습니다.

다음으로 어떤 일이 발생합니까?

작성하여 서명한 양식을 다음 주소로 발송해 주십시오.

HMSA Medicare Advantage Sales
P.O. Box 3500
Honolulu, HI 96811-9983

가입 요청을 처리한 후 연락드리겠습니다.

이 양식에 대한 도움을 받으려면 어떻게 해야 합니까?

HMSA Medicare Advantage 영업팀에 (808) 948-6235 또는 1 (800) 693-4672번으로 연락하십시오. TTY 사용자는 711로 전화하십시오.

또는 무료 전화 1 (800) MEDICARE [1 (800) 633-4227]번으로 Medicare에 연락하십시오. TTY 사용자는 무료 전화 1 (877) 486-2048번으로 연락할 수 있습니다.

En español: Llame a HMSA Medicare Advantage Sales al (808) 948-6235 or 1 (800) 693-4672/TTY 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.

거주지가 불분명한 사람

플랜에 가입하고 싶지만 영주권이 없는 경우, 우체국 사서함, 대피소 또는 클리닉 주소 또는 우편물(예: 사회 보장 수표)을 받는 주소가 영주권 주소로 간주될 수 있습니다.

중요 참고 사항: 현재 ACA 또는 Medigap 플랜에 가입되어 있는 경우, 해당 플랜은 자동으로 취소되지 않으므로 보험사에 연락하여 취소해야 합니다.

현재 다른 건강 보험(고용주 또는 노조 그룹 또는 ACA)에 가입되어 있는 경우, HMSA Medicare Advantage에 가입하면 고용주 또는 노조의 건강 보험 혜택에 영향을 미칠 수 있으므로 해당 건강 보험사에 문의하시기 바랍니다. HMSA Medicare Advantage에 가입하면 고용주 또 노조의 건강 보험 혜택을 상실할 수 있습니다. 고용주 또는 노조가 보내는 정보를 읽어보십시오. 궁금한 점이 있으시면 해당 웹사이트를 방문하거나 문의해 주십시오. 연락처 정보가 없는 경우, 혜택 관리자 또는 혜택에 대한 질문에 답변하는 사무실에서 도움을 받을 수 있습니다.

1995년 문서업무감축법에 따라, 유효한 OMB 관리번호가 표시되지 않는 한 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 이 정보 수집에 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1378입니다. 이 정보를 작성하는 데 필요한 시간은 지침 검토, 기존 데이터 리소스 검색, 필요한 데이터 수집, 정보 수집 완료 및 검토 시간을 포함하여 각 응답에 대해 평균 20분이 걸리는 것으로 추정됩니다. 예상 소요 시간의 정확성에 관한 의견이나 이 양식을 개선하기 위한 제안 사항이 있으시면 다음 주소로 보내주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

중요: 이 양식 또는 귀하의 개인정보(청구, 지불, 의료 기록 등)가 포함된 어떠한 항목도 PRA Reports Clearance Office로 보내지 마십시오. 이 양식을 개선하는 방법이나 징수 부담(OMB 0938-1378)에 설명되어 있음에 관한 것이 아닌 항목이 접수되면 모두 폐기됩니다. 해당 정보는 보관, 검토되거나 플랜에 전달되지 않습니다. 이 페이지의 "다음으로 어떤 일이 발생합니까?"를 참조하여 작성한 양식을 플랜으로 보내 주십시오.



An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

HMSA Medicare Advantage

OMB 번호 0938-1378
만료: 2026년 6월 30일

MedicareRx
Prescription Drug Coverage X

2025 회계연도 HMSA Akamai Advantage Dual Care (PPO D-SNP) 가입 양식

섹션 1: 귀하에 관한 정보 제공

[Grid for name and MI input]

이름 MI

성

영구 거주지 거리 주소
(사서함은 허용되지 않음, 거주지가 불분명한 사람은 제외)

[Grid for address and state (H I)]

거주 도시 주 우편번호 카운티(선택 사항)

생년월일(MM/DD/YYYY) M 또는 F 기본 전화 번호

보조 전화 번호

우편 주소(영주 거주지 주소와 다른 경우에만 해당)

[Grid for alternate address]

우편 주소(아파트 번호 포함. 사서함 허용)

우편 발송 도시 주 우편 번호

현재 HMSA 회원 번호(해당되는 경우)(선택 사항)

이메일 주소(선택 사항)

본인은 HMSA가 본인에게 중요한 건강 플랜 정보를 이메일로 보내도록 허가합니다.

HMSA 전용

앱 기록 날짜: [] / [] / [] MBI: [] - [] - [] SBM 항목 번호: _____
하위 ID 번호: A [0][0][0][0] [] - [] 단체 후원 개인
HMSA 그룹 번호: [] - [] 발효일: [] / [01] / [2025]
선택 기간: ICEP IEP-D AEP(10월 15일~12월 7일) SEP(유형): _____
 자격 없음: _____ OEP(1월 1일~3월 31일) 승인 양식
영업 상담원 ID 및 이름: _____ 상담원 지원: 아니요 예 _____ (상담원 지원 ID 및 이름)
SOA 문서: _____

주치의(PCP), 클리닉 또는 보건소(선택 사항). 직책은 필요하지 않음.

(예: John Smith)

이름

성

(M M / Y Y Y Y)

본인은 HMSA Akamai Advantage Dual Care
가 다음 달 1일에 시작되기를 원합니다.

 /

본인은 오늘이 HMSA Akamai Advantage Dual Care에서 제안하는 시작일임을 이해합니다.

아래의 확인란을 선택해 주십시오.

월 보험료

본인은 HMSA Akamai Advantage Dual Care (PPO D-SNP)에 가입되어 있습니다. \$0
하와이주 거주자만 이용 가능. 이 플랜은 HMSA QUEST (Medicaid)와 Medicare에 모두 가입한 대부분의
개인이 이용할 수 있습니다. 보험료는 귀하가 받는 추가 지원 수준에 따라 달라질 수 있습니다.

대리인의 연락처 정보:

이름

성

가입자와의 관계

() -

기본 전화 번호

() -

보조 전화 번호

이메일 주소

섹션 2: MEDICARE 보험 정보 제공

 - -

Medicare 번호

예 아니요 HMSA QUEST (Medicaid)에 가입되어 있습니까? 이 이중 특수 필요 플랜에 가입하려면
HMSA QUEST (Medicaid)에 가입되어 있어야 합니다.

가입되어 있다면 HMSA QUEST 번호를 입력해 주십시오.

섹션 6: 이 섹션의 모든 필드는 선택 사항입니다. 나머지 신청서와 함께 반환하십시오.
이 질문에 답변하는 것은 선택 사항입니다. 작성하지 않았다는 이유로 보험 적용이 거부될 수는 없습니다.

귀하는 히스패닉, 라틴계 또는 스페인 출신입니까? 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 아니요, 히스패닉, 라틴계 또는 스페인 출신 아님 | <input type="checkbox"/> 예, 멕시코, 멕시코계 미국인, 치카노 |
| <input type="checkbox"/> 예, 푸에르토리코인 | <input type="checkbox"/> 예, 쿠바인 |
| <input type="checkbox"/> 예, 기타 히스패닉, 라틴계 또는 스페인 출신 | <input type="checkbox"/> 답변하지 않음. |

인종이 무엇입니까? 해당되는 항목을 모두 선택하십시오.

- | | | | | |
|--|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 알래스카 원주민 | <input type="checkbox"/> 추크인 | <input type="checkbox"/> 코스라에인 | <input type="checkbox"/> 기타 태평양 섬 주민 | <input type="checkbox"/> 통가인 |
| <input type="checkbox"/> 아메리카 인디언 | <input type="checkbox"/> 피지인 | <input type="checkbox"/> 마셜제도인 | <input type="checkbox"/> 팔라우인/벨라우인 | <input type="checkbox"/> 베트남인 |
| <input type="checkbox"/> 아시아계 인도인 | <input type="checkbox"/> 필리핀인 | <input type="checkbox"/> 중동인 | <input type="checkbox"/> 폰페이어인 | <input type="checkbox"/> 백인 |
| <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 | <input type="checkbox"/> 키리바시인 | <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 | <input type="checkbox"/> 사모아인 | <input type="checkbox"/> 야프인 |
| <input type="checkbox"/> 차모로인 또는 괌인 | <input type="checkbox"/> 일본인 | <input type="checkbox"/> 북아프리카인 | <input type="checkbox"/> 타히티인 | <input type="checkbox"/> 기타 _____ |
| <input type="checkbox"/> 중국인 | <input type="checkbox"/> 한국인 | <input type="checkbox"/> 기타 아시아인 | <input type="checkbox"/> 토켈라우인 | <input type="checkbox"/> 답변하지 않음 |

집에서 가장 많이 사용하는 언어는 무엇입니까? 하나를 선택하십시오.

- | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 영어 | <input type="checkbox"/> 독일어 | <input type="checkbox"/> 한국어 | <input type="checkbox"/> 팔라우어 | <input type="checkbox"/> 통가어 |
| <input type="checkbox"/> 광둥어 | <input type="checkbox"/> 하와이어 | <input type="checkbox"/> 라오스어 | <input type="checkbox"/> 사모아어 | <input type="checkbox"/> 베트남어 |
| <input type="checkbox"/> 추크어 | <input type="checkbox"/> 일로카노어 | <input type="checkbox"/> 만다린어 | <input type="checkbox"/> 스페인어 | <input type="checkbox"/> 비사야어 |
| <input type="checkbox"/> 프랑스어 | <input type="checkbox"/> 일본어 | <input type="checkbox"/> 마셜어 | <input type="checkbox"/> 타갈로그어 | <input type="checkbox"/> 기타 _____ |

통역이 필요하십니까? 예 아니요

접근 가능한 형식으로 정보를 받으려면 선택하십시오. 큰 활자

플랜 정보는 일로카노어, 베트남어, 중국어 및 한국어로 무료로 제공됩니다. 이러한 언어 중 하나로 되어 있거나, 이메일 또는 접근 가능한 형식의 정보가 필요한 경우 HMSA Medicare Advantage에 (808) 948-6235 또는 1 (800) 693-4672번으로 문의하시기 바랍니다. 업무 시간은 연중무휴 오전 8시부터 오후 8시까지입니다. TTY 사용자는 711로 전화하십시오.

직장을 다니십니까? 예 아니요 배우자가 직장을 다니십니까? 예 아니요

다음 자료를 이메일로 받아보고 싶습니다. 하나 이상을 선택하십시오.

서비스 제공자 명부 보장 범위 증명서 처방집

요양원 등 장기 요양 시설에 거주하고 있습니까? 예 아니요
그렇다면 다음 정보를 입력해 주십시오.

<input type="text"/>	(<input type="text"/>)	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
기관명	기관 전화 번호			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
기관 우편 주소	입원 날짜			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
기관 도시	주	우편 번호		

가입자가 이 양식을 작성하는 데 도움을 주는 개인만 해당.
 가입자가 이 양식을 작성하도록 돕는 개인(예: 대리인, 중개인, SHIP 상담사, 가족 구성원 또는 기타 제3자)인 경우 이 섹션을 작성하십시오.

이름

가입자와의 관계

서명

국가 생산자 번호
(대리인/브로커만 해당)



An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Form Approved
OMB# 0938-1421

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1 (800) 660-4672 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1 (800) 660-4672 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1 (800) 660-4672 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1 (800) 660-4672 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: وأهـ صلاب قلعـت ؤلـئـسـأـيـأ نـع ؤبـاـجـإـلـل ؤيـنـاـجـمـلـا يـرـوـفـلـا مـجـرـتـمـلـا تـاـمـدـخـمـدـقـنـا نـا
يـلـعـا نـبـلـا صـاـلـا يـوـسـكـيـلـعـسـيـل، يـرـوـفـمـجـرـتـمـيـلـعـلـوـصـحـلـل. اـنـيـدـلـؤـيـوـدـأـلـلـوـدـجـ
ؤـمـدـخـهـذـهـ. كـتـدـعـاـسـمـبـؤـيـبـرـعـلـا ثـدـحـتـيـا مـصـخـشـمـوقـيـسـيـ. 1 (800) 660-4672 (TTY: 711).
ؤـيـنـاـجـمـؤـيـمـ.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1 (800) 660-4672 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1 (800) 660-4672 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1 (800) 660-4672 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。