

BRAND NEW DAY  
ATTN: REWARDS PLUS PROGRAM  
PO BOX 93122  
LONG BEACH, CA 90809-3122

brand new day  
HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

### 중요 플랜 정보

<MEM\_FIRST\_NAME> <MEM\_LAST\_NAME>  
<MEM\_ADDR1>  
<MEM\_ADDR2>  
<MEM\_CITY>, <MEM\_STATE> <MEM\_ZIP>

<PROCESS\_DATE>

### 세 번째 서신

안녕하세요 <MEM\_FIRST\_NAME> <MEM\_LAST\_NAME>님,

Medicare는 매년 회원들로부터 의료 정보를 수집하기 위해 모든 Medicare 건강 보험에 대한 정보를 요청합니다. 동봉한 건강 위해성 평가(HRA) 설문지를 확인하십시오. HRA에는 귀하의 건강에 대한 여러 질문이 있습니다. HRA를 Brand New Day에 다시 보내주시면 Brand New Day에서 귀하의 현재 건강 상태를 평가하는 데 도움이 됩니다. 이를 통해 Brand New Day는 귀하의 전반적 건강 관리에 더 나은 서비스를 제공해 드릴 수 있습니다.

**작성된 HRA를 우편으로 보내시고 10\$의 리워드 플러스 카드를 받으십시오!** HRA는 매년 작성됩니다. 귀하의 HRA를 동봉된 봉투(요금 별납)에 넣어 되도록 빨리 보내주십시오.

이 양식을 작성하는 데 도움이 필요한 경우 당사에서 도울 수 있습니다. Brand New Day 회원 서비스(Member Services) 부서는 1-866-255-4795번(TTY 711)으로 연락하시면 되고, 4월 1일부터 9월 30일까지 근무 시간은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시이고, 10월 1일부터 3월 31일까지는 주7일 오전 8시~오후 8시입니다.

감사합니다.

Brand New Day

동봉 서류:

1. 건강 위해성 평가(HRA) 설문지
2. 봉투(요금 별납)

## 건강 위해성 평가(HRA)

주의: 이 양식을 작성하여 제출했다면 다시 작성할 필요가 없습니다.

회원님께,

아래 질문에 답해 주시면 건강한 기분을 유지하고 건강을 개선할 수 있도록 계속 지원해드리는 방법을 찾는 데 도움이 됩니다. 최대한 많은 질문에 답하신 후 이 양식을 동봉된 우편료 선불 봉투에 넣어 반송해 주십시오. 작성된 HRA를 우편으로 보내시고 10\$의 리워드 플러스 카드를 받으십시오!

|                      |                      |          |                            |                            |
|----------------------|----------------------|----------|----------------------------|----------------------------|
| MBI 번호               | 회원 ID 번호             | 발효일      | 집 전화                       | 플랜                         |
| <HEALTH_ID>          | <MEM_ID>             | <EFF_DT> | <PHONE>                    | <MEDICARE_PBP>             |
| 이름                   | 성                    | 생년월일     | 성별                         |                            |
| <MEM_FIRST_NAME>     | <MEM_LAST_NAME>      | <DOB>    | <input type="checkbox"/> 남 | <input type="checkbox"/> 여 |
| 주소                   | 시                    | 주        | 우편번호                       |                            |
| <ADDR1>              | <CITY>               | <STATE>  | <ZIP>                      |                            |
| 휴대폰 번호               | 이메일 주소               |          |                            |                            |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |          |                            |                            |

Brand New Day가 저에게 제 플랜에 대한 정보를 보내는 데 동의합니다

어떤 방법으로 연락하는 것을 선호하십니까?

휴대폰

이메일

주치의

## SALES AGENT INFORMATION

If someone helped you fill out this application he/she must complete the information below and sign:

NAME OF STAFF/AGENT/BROKER (print name)

SIGNATURE

DATE

RELATIONSHIP TO ENROLLEE

DATE

AGENT PHONE NUMBER

AGENT LICENSE NUMBER

FMO

## 섹션 A: 의료

A1: 귀하의 건강 등급이 대체로 어떠하다고 생각하십니까?  대단히 좋음  매우 좋음  양호  보통  좋지 않음

A2: 지난 12개월 동안 환자로써 병원에서 하룻밤을 보낸 적이 있습니까?

아니요  1~2회  3~5회  6개월 이상

A3: 주당 몇 회 운동을 합니까?  5일 이상  3~4일  1~2일  거의 안 함  전혀 안 함

A4: 신장이 어떻게 됩니까?  A5: 몸무게가 어떻게 됩니까?  lbs

A6: 의도하지 않았는데 지난 6개월 사이에 10파운드(약 4.5kg)가 빠지거나 늘었습니까?  예  아니요

A7: 올해 독감 예방 주사를 맞으셨습니까?  예  아니요

A8: 폐렴 백신을 맞은 적이 있습니까?  예  아니요

예라고 답변한 경우, 언제입니까?

A9: 대장 내시경 검사를 받은 적이 있습니까?  예  아니요

검사 시기:  검사 장소:

A10: 재택 의료 서비스를 이용하고 계십니까?  예  아니요

A11: 지난 한 달 동안 쓰러지신 적이 있습니까?  예  아니요

A12: 의사로부터 다음 질환을 진단받은 적이 있습니까?

암  치매  당뇨병/고혈당  정신 건강 문제

A13: 부모와 형제자매 중에 당뇨병을 앓는 분이 계십니까?  예  아니요

A14: 하루에 담배를 평균 몇 개씩 피우십니까?

A15: 담배를 몇 년 동안 피우셨습니까?

A16: 현재 DME(내구성 의료 장비) 또는 의료 기기를 사용하고 있습니까?  예  아니요

A17: A16 에서 예라고 답변한 경우, 아래에서 어떤 장비 또는 의료 기기인지 선택해 주십시오.

휠체어  보행 보조기  지팡이  변기 겸용 의자

욕창 방지 매트리스  병원 침대  변좌  기저귀

CPAP 장비/수면 무호흡  산소  목욕 의자  도뇨관

기타:

A18: 어떤 약품 알레르기가 있습니까?

A19: 가끔씩 약을 복용하는 것을 잊습니까?  예  아니요

A20: 어떤 약을 복용하십니까?

## 섹션 B: 행동 건강

**B1과 B2에 대해, 지난 2주 동안 얼마나 자주 다음 문제로 괴로움을 겪었습니까?**

**B1: 어떤 일에도 흥미나 관심이 거의 없음:**

전혀 그렇지 않음  하루 중 절반 이상  여러 날  거의 매일

**B2: 울적하거나 우울하거나 절망적임:**

전혀 그렇지 않음  하루 중 절반 이상  여러 날  거의 매일

**B3: 가족/친구가 귀하의 기억력에 대해 걱정합니까?**

예  아니요

**B4: 알코올중독자 모임이나 약물중독자 모임에 참석하신 적이 있습니까?**

예  아니요

**B5: 알코올 또는 약물 사용으로부터 현재 회복 중입니까?**

예  아니요

**알코올:**

한 잔 =



12 oz.  
(약 340 g.)  
맥주



5 oz.  
(약 142 g.)  
와인



1.5 oz.  
(약 43 g.)  
증류주 (한 잔)

**B6: 남성:** 지난 1년 동안 하루에 5잔 이상을 마신 적은 몇 번입니까?

없음  1회 이상

**B7: 여성:** 지난 1년 동안 하루에 4잔 이상을 마신 적은 몇 번입니까?

없음  1회 이상

기분 전환을 위한 약물에는 메스암페타민(스피드, 크리스털), 대마초(마리화나, 팻), 흡입제(페인트 희석제, 에어로졸, 접착제), 신경 안정제(바륨), 바르비투레이트, 코카인, 엑스터시, 환각제(LSD, 환각 버섯), 또는 마취제(헤로인) 등이 있습니다.

**B8:** 지난 1년 동안 기분 전환을 위한 약물 또는 비의료적인 목적으로 처방약을 사용한 적은 몇 번입니까?

없음  1회 이상

**B9:** 교제의 부족을 얼마나 자주 느낍니까?

거의 없음  가끔  자주

**B10:** 소외감을 얼마나 자주 느낍니까?

거의 없음  가끔  자주

**B11:** 타인으로부터 고립을 얼마나 자주 느낍니까?

거의 없음  가끔  자주

## 섹션 C: 일상 생활 활동

C1: 다음에 해당하십니까?  코 골기  수면 중 호흡 정지  해당 사항 없음

C2: 졸음 때문에 다음과 같은 일이 발생한 적이 있습니까?  자동차 충돌 사고  운전 중 사고 위기  해당 사항 없음

C3: 밤에 다음과 같은 경우가 발생한 적이 있습니까? C4: 낮에 다음과 같은 경우가 발생한 적이 있습니까?

숨이 막히거나 질식할 것 같아 잠에서 깬

원치 않게 졸리거나 실제로 잠이 들

잠에서 자주 깬

오전에 두통이 생김

깨서 화장실에 감

기억하고 집중하는 데 어려움을 겪음

해당 사항 없음

해당 사항 없음

C5: 거주지가 어떤 곳입니까?

단독 주택, 아파트, 콘도 또는 이동식 주택

양로원

생활지원 아파트 또는 기숙사 및 요양원

해당 사항 없음

C6: 누구와 함께 사십니까? \_\_\_\_\_

C7: 필요할 때 며칠 동안 귀하를 돌봐 줄 수 있는 친구, 친척 또는 이웃이 있습니까?

예  아니요 이름: \_\_\_\_\_

전화: \_\_\_\_\_

C8: 진찰을 위해 병원을 왕복할 교통수단이 있습니까?

예  아니요

C9: 사전의료의향서를 작성하십니까?

예  아니요

C10: 연명치료계획서(POLST)를 작성하십니까?

예  아니요

## 섹션 D: 기능 평가

## D1: 목욕

스스로 완전히 목욕할 수 있거나, 신체의 한 부위를 씻는 데 도움이 필요함

 1

신체의 한 부위 이상을 씻거나 욕조에 들어가고 나가는 데 도움이 필요함

 0

## D2: 옷 입기

옷장, 서랍장에서 옷을 꺼내 입고 지퍼를 잠금. 신발 끈을 묶는 데 도움이 필요할 수 있음

 1

스스로 옷을 입는 데 도움이 필요하거나 위아래 옷을 전부 입혀줘야 함

 0

## D3: 화장실 사용

변기로 가서 앉고 일어서며, 옷을 추스르고, 생식기 부위를 도움 없이 닦음

 1

화장실로 이동하거나 몸을 닦는 데 도움이 필요하거나, 환자용 변기를 사용함

 0

## D4: 이동

누구의 도움도 없이 침대에 눕고 일어 나며 의자에 앉고 일어섬(이동 시 보조기의 힘을 빌리는 도움은 허용)

 1

침대에서 의자로 이동 시 도움이 필요하거나 이동 전반에 도움 필요

 0

## D5: 자제

배뇨와 배변을 완전히 통제할 수 있음

 1

부분적으로나 완전히 배뇨 또는 배변을 통제할 수 없음

 0

## D6: 식사

누구의 도움 없이도 접시에서 입으로 음식물을 넣음(음식 준비는 다른 사람이 해줄 수 있음)

 1

섭식 시 부분적 또는 완전한 도움이 필요하거나 비경구식 영양 섭취 필요

 0

총점