

Wellcare By Health Net
 Medicare Advantage 플랜
**2022 선택적 혜택
 개별 가입 양식**



Wellcare는 추가 월 플랜 보험료에 대한 선택적 혜택을 제공합니다. 이 양식은 현재 당사 회원으로서 기존 Wellcare Medicare Advantage 플랜에 선택적 혜택 패키지를 추가하는 회원 또는 이미 선택적 혜택 패키지에 가입되어 있는데 다른 패키지 옵션으로 전환하는 회원만 사용할 수 있습니다. 선택적 추가 혜택에 대한 보험료는 월 플랜 보험료 및 Medicare Part B 보험료에 추가하여 납부됩니다.

정자체로 작성해 주십시오.

성(귀하의 Medicare 카드에 기재된 대로)	이름	중간 이니셜
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
영구 거주지 주소		
<input style="width: 100%;" type="text"/>		
시	주	우편번호
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
영구 거주지 주소가 속한 카운티	전화번호	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
우편 주소(상기와 다른 경우)		
<input style="width: 100%;" type="text"/>		
시	주	우편번호
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
이메일 주소 (온라인으로 문서를 받으려면 기재해야 함)	생년월일	성별
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성
	M M D D Y Y Y Y	
Medicare 번호 (빨간색, 흰색 및 파란색 Medicare 카드 참고)	Wellcare Medicare Advantage 플랜	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

이 양식을 작성한 후 우편을 통해 다음 주소로 송부해 주십시오.

Wellcare By Health Net, PO Box 10420, Van Nuys, CA 91410-0420

선택적 혜택 패키지에 가입하는 경우 이 섹션의 빈칸을 모두 작성해 주십시오.

본인은 현재 Wellcare Medicare Advantage 플랜에 가입되어 있으면서 월 플랜

보험료로 \$ [] 를 납부하고 있으며, 선택적 혜택 패키지

[] 에 월 보험료 \$ [] 를 추가하여 가입하기를 원합니다.

현재 가입자이면서 선택적 혜택 패키지로 전환하는 경우 이 섹션의 빈칸을 모두 작성해 주십시오.

본인은 현재 Wellcare Medicare Advantage 플랜 및 선택적 혜택 패키지

[] 에 가입되어 있는데, 선택적 혜택 패키지

[] 에 월 보험료 \$ [] 를 추가하여 가입하기를 원합니다.

Wellcare Medicare Advantage 플랜을 변경하려는 목적으로 이 양식을 사용해서는 안 됩니다.

HMO Dental을 포함하는 선택적 혜택 패키지를 선택하는 경우, Wellcare 치과 서비스 제공자 명부에서 치과 서비스 제공자를 선택해 주십시오.

서비스 제공자 이름

서비스 제공자 ID 번호

귀하가 납부 방법을 선택하지 않으시면 매달 청구서를 보내드립니다.

보험료 납부 방식을 선택해 주십시오.

청구서 받기

귀하의 매월 사회 보장 또는 철도 퇴직자 위원회(RRB) 급여 수표에서 자동 공제. 본인은 다음으로부터 매월 급여를 받습니다. 사회 보장 RRB

(사회 보장/RRB 공제가 시작되려면 사회 보장/RRB에서 공제를 승인한 후 두 달 이상 걸릴 수도 있습니다. 대부분의 경우에 사회 보장 또는 RRB가 귀하의 자동 공제 요청을 수락하는 경우, 귀하의 사회 보장 또는 RRB 급여 수표에서의 첫 공제에는 가입 발효일부터 원천징수가 시작되는 시점까지의 모든 보험료가 포함됩니다. 사회 보장 또는 RRB가 귀하의 자동 공제 요청을 승인하지 않는다면, 당사는 귀하에게 월 보험료 종이 청구서를 발송합니다.)

신규 가입자는 가입 초기 1개월이 끝날 때까지 가입할 수 있습니다. 혜택은 다음 달의 첫째 날부터 유효합니다. 본인은 선택적 추가 혜택 패키지에 가입할 자격을 갖추려면 Wellcare Medicare Advantage 플랜 가입자 자격을 유지해야 함을 알고 있습니다. 본인이 플랜 가입을 취소하면 본인은 선택적 추가 혜택 패키지에서 자동으로 탈퇴됩니다. 선택적 추가 혜택 패키지에 대한 금액을 납부 중단하면 본인의 선택적 추가 혜택 패키지 가입자 자격은 해지되지만, 본인의 Medicare Advantage(의료) 플랜 가입 상태는 영향을 받지 않습니다. 본인의 보장은 본인의 표준 Wellcare Medicare Advantage 플랜(의료)에만 적용됩니다.

Wellcare에 서면으로 통지하여 언제든지 이 옵션에서 탈퇴할 수 있으나, 일단 탈퇴되면 동일 역년 동안 재가입이 제한됩니다. 선택적 혜택 선택 가능 기간은 발효일이 2022년 1월 1일일 경우 2021년 10월 15일~2021년 12월 31일, 발효일이 2022년 2월 1일일 경우 2022년 1월 1일~2022년 1월 31일입니다.

HMO 옵션을 선택하는 경우, 이 선택적 혜택 패키지에 대한 보장 발효일부터 서비스를 보장받으려면 Wellcare와 계약한 서비스 제공자를 통해 이러한 서비스를 받아야 합니다. 단, 혜택 요약서 또는 보장 범위 증명서(EOC)에 기술된 응급 상황 또는 긴급하게 필요한 서비스는 예외입니다.

정보 공개

본인은 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)가 해당 플랜에 정보를 제공할 수 있도록 허용하고, 플랜, 플랜의 의사 및 클리닉, 또는 의료 및 기타 본인 관련 정보 소지자가 CMS 또는 CMS의 보험 설계사에게 Medicare 프로그램 운영에 필요한 정보를 제공할 수 있도록 허용합니다. 또한, 본인은 해당 플랜이 본인에 관하여 필요한 정보나 기타 관련 정보를 서비스 제공자에게 공개하도록 승인합니다.

본인은 본 신청서에 서명함으로써 본 신청서의 내용을 읽고 이해했으며, 선택적 혜택 플랜에 관한 플랜 규칙을 준수할 것에 동의함을 알고 있습니다. (Wellcare의 보장을 받기 위해 따라야 할 규칙을 알고 싶다면 **보장 범위 증명서** 문서를 읽어 주십시오).

이름(정자체로 작성)

서명

날짜

M M D D Y Y Y Y

위임 대리인인 경우, 다음 정보를 제공해야 합니다.

성 이름 중간 이니셜

주소

시 주 우편번호

신청자와의 관계

전화번호

Wellcare를 선택해 주셔서 감사합니다. 질문이 있으시면 가입자 ID 카드 뒷면에 있는 번호 (TTY: 711)로 가입자 서비스부에 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하시면 됩니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하시면 됩니다.

대리점 전용:

그룹 번호

보장 발효일

M M D D Y Y Y Y

가입자 정보 수정

네트워크 비소속/비계약 의료 서비스 제공자는 응급 상황을 제외하고 Wellcare 가입자 치료에 대한 어떠한 의무도 지지 않습니다. 네트워크 비소속 서비스에 적용되는 비용 분담을 포함한 자세한 정보는 가입자 서비스부 번호로 전화하시거나 보장 범위 증명서를 참조해 주십시오.

