

Medicare Advantage 플랜(파트 C) 개별 가입 요청서

OMB 번호 0938-1378
만료: 7/31/2024



본 양식 사용 대상

Medicare Advantage 플랜 가입을 희망하는 Medicare 가입자

플랜 가입 자격:

- 미국 시민 또는 합법적인 미국 거주자
- 플랜의 서비스 지역 거주자

중요: Medicare Advantage 플랜에 가입하려면 다음 두 가지에 모두 가입되어 있어야 합니다.

- Medicare 파트 A(병원 보험)
- Medicare 파트 B(의료 보험)

본 양식 사용 가능 기간

플랜 가입 가능 기간:

- 매년 10월 15일~12월 7일(1월 1일부터 보장 개시)
- Medicare 최초 가입 후 3개월 이내
- 기타 플랜 가입 또는 변경이 가능한 경우

Medicare.gov에서 플랜 가입이 가능한 기간에 대해 확인하실 수 있습니다.

본 양식 작성에 필요한 사항

- Medicare 번호(가입자가 소지한 적색, 흰색, 청색의 Medicare 카드에 기재된 번호)
- 영구 거주지 주소와 전화번호

참고: 섹션 1의 모든 항목은 필수 기재 사항입니다. 섹션 2의 항목은 선택 기재 사항입니다. 기재하지 않았다고 해서 보장이 거부될 수 없습니다.

주의:

- 가을 가입 기간(10월 15일~12월 7일) 중에 가입을 희망하시는 경우, 작성 완료하신 양식을 12월 7일까지 제출하셔야 합니다.
- 플랜에서 플랜 보험료 청구서를 보내 드립니다. 보험료가 은행 계좌나 월 사회 보장(또는 철도 퇴직자 위원회) 급여에서 공제되도록 선택하실 수 있습니다.

이후의 절차

작성과 서명을 마친 양식을 아래의 주소로 발송하여 주십시오.

Wellcare by Health Net
PO Box10420
Van Nuys, CA
91499-6208

가입 요청이 처리되면 연락드리겠습니다.

양식 작성과 관련하여 도움이 필요하신 경우

1-844-917-0175번으로 Wellcare By Health Net에 전화하십시오. TTY 사용자는 711번으로 전화하시면 됩니다.

또는 연중무휴 24시간 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 Medicare에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하시면 됩니다.

노숙자

- 플랜에 가입하고 싶지만 영구 거주지 주소가 없는 경우, 우체국 사서함, 보호소나 진료소 주소 또는 우편(예: 사회 보장 수표)을 받는 주소가 영구 거주지 주소로 간주될 수 있습니다.

중요

이 양식 또는 개인 정보가 포함된 사항(예: 청구, 납부, 의료 기록 등)을 PRA 보고 처리 사무소로 보내지 마십시오. 당사는 이 양식이나 그 수집 부담(OMB 0938-1378에 설명되어 있음)을 개선하는 방법과 관련 없는 사항을 받으면 폐기합니다. 보관, 검토하거나 플랜에 전달하지 않습니다. 작성한 양식을 플랜으로 보내는 방법은 이 페이지의 '이후의 절차'를 참조하십시오.



섹션 1 - 이 페이지의 모든 란은 필수 기재 사항입니다(선택 표시 사항은 제외).

가입을 원하는 플랜을 선택하십시오.

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561 - 처방약 보장 포함

001

\$0/월

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) H3561 - 처방약 보장 포함

008

\$0/월

1 플랜 가입 요건에 부합해야 이 플랜에 가입할 수 있습니다.



섹션 1 - 이 페이지의 모든 란은 필수 기재 사항입니다(선택 표시 사항은 제외).

| | | |
|---|---|---|
| 이름 | 성 | 선택 사항: 중간 이름 이니셜 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 생년월일 | 성별 | 전화번호 |
| <input type="text"/> M M D D Y Y Y Y | <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| 선택 사항: 문자 메시지 수신 선택: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | 전화번호 유형 <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대폰 | 전화번호 유형 <input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 휴대폰 |
| | 선택 사항: 대체 전화번호 | |
| | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | |

수신을 선택하면 혜택에 대한 개요, 가입 환영 문자 및 정기적인 플랜 안내에 대한 문자 메시지 수신에 동의하는 것입니다. 언제든지 수신 거부할 수 있습니다.

영구 거주지 번지 주소(사서함 기재 불가)

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 시 | 선택 사항: 카운티 | 주 | 우편번호 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**우편 주소. 영구 거주지 주소와 다른 경우(사서함 기재 가능)
번지 주소**

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| 시 | 주 | 우편번호 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

귀하의 Medicare 정보:

| | | |
|----------------------|----------|----------------------|
| Medicare 번호 | 자격 대상자: | 발효일 |
| <input type="text"/> | 병원(파트 A) | <input type="text"/> |
| | 의료(파트 B) | M M D D Y Y Y Y |
| | | <input type="text"/> |
| | | M M D D Y Y Y Y |

다음 중요 질문에 답변해 주십시오.

1. Wellcare 외에 다른 처방약 보장(예: VA, TRICARE)을 가지고 계십니까? 예 아니요

다른 보험의 명칭

이 보험의 가입자 번호

이 보험의 그룹 번호

2. 귀하는 해당 주 정부 Medicaid 프로그램에 가입되어 있습니까? 예 아니요

'예'인 경우, Medicaid 번호를 기재해 주십시오.



중요: 다음을 읽고 서명해 주십시오.

- 본인은 Wellcare 가입 상태를 유지하기 위해 병원(파트 A)과 의료(파트 B) 보험을 유지해야 합니다.
- Medicare Advantage 플랜에 가입함으로써 Wellcare가 가입 확인, 보험금 지급을 위해 그리고 연방법에서 허용하는 본 정보 수집을 승인하는 기타 목적을 위해 Medicare와 본인의 정보를 공유할 수 있음을 인정합니다(아래의 개인정보 보호법 참조). 본 양식에 대한 가입자의 기재는 자발적인 것입니다. 그러나 기재하지 않으면 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.
- 본인은 한 번에 하나의 MA 플랜에만 가입할 수 있고 이 플랜에 가입하면 다른 MA 플랜(MA PFFS, MA MSA 플랜 제외) 가입이 자동으로 종료된다는 점을 알고 있습니다.
- Wellcare 보장이 시작되면 모든 의료 및 처방약 혜택을 Wellcare로부터 받아야 한다는 것을 이해합니다. Wellcare가 제공하고 본인의 Wellcare '보장 범위 증명서' 문서(가입자 계약서 또는 보험증서라고도 함)에 포함된 혜택 및 서비스가 보장됩니다. Medicare나 Wellcare는 보장되지 않는 혜택이나 서비스에 대해서 비용을 지불하지 않습니다.
- 본인은 Medicare에 가입된 사람은 일반적으로 미국 국경 근처에서의 제한된 보장을 제외하고 국외에서는 Medicare 보장을 받을 수 없다는 것을 알고 있습니다.
- 이 가입 양식에 기재된 정보는 사실이며 정확합니다. 본인은 이 양식에 고의로 허위 정보를 제공할 시에는 플랜에서 탈퇴될 수 있음을 알고 있습니다.
- 이 신청서에 기재된 본인의 서명(또는 본인을 대신하도록 위임된 자의 서명)은 본인이 이 신청서를 읽고 그 내용을 이해하였음을 의미한다는 점을 알고 있습니다. 위임된 대리인(상기 기술된 바)이 서명을 한 경우, 이 서명은 다음을 증명합니다.
 - 1) 이 사람은 주 법에 따라 이 가입서를 작성할 권한을 부여받았고
 - 2) 이 위임장은 Medicare의 요청이 있으면 확인할 수 있습니다.

오늘 날짜

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

M M D D Y Y Y Y

서명

귀하가 위임된 대리인이라면, 위에 서명하고 다음 란을 기재하십시오.

이름

| |
|--|
| |
|--|

주소

| |
|--|
| |
|--|

전화번호

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| | - | | - | |
|--|---|--|---|--|

가입자와의 관계

| |
|--|
| |
|--|



섹션 2 - 이 페이지의 모든 란은 선택 기재 사항입니다.

다음 질문에 대한 응답 여부는 귀하의 선택입니다. 기재하지 않았다고 해서 보장이 거부될 수 없습니다.

귀하는 히스패닉, 라틴계 또는 스페인어권 출신입니까? 해당하는 사항을 모두 선택하십시오.

- 아니요, 히스패닉, 라틴계 또는 스페인어권 출신이 아닙니다
 예, 멕시코인, 멕시코계 미국인, 치카노계입니다 예, 푸에르토리코인입니다
 예, 쿠바인입니다 예, 다른 히스패닉, 라틴계 또는 스페인어권 출신입니다
 답변하지 않겠습니다

귀하의 인종은 무엇입니까? 해당하는 사항을 모두 선택하십시오.

- 아메리카 인디언 또는 알래스카 원주민 인도인 흑인 또는 아프리카계 미국인 중국인
 필리핀인 괌인 또는 차모르족 일본인 한국인 하와이 원주민 기타 아시아인
 기타 태평양 섬 주민 사모아인 베트남인 백인 답변하지 않겠습니다

영어 이외의 언어로 된 정보를 받으시려면 하나를 선택하십시오.

- 스페인어 중국어 한국어 베트남어 타갈로그어 아라비아어
 아르메니아어 캄보디아어 페르시아어 러시아어

이용 가능한 형식으로 정보를 받으시려면 하나를 선택하십시오.

- 점자 대형 활자본 오디오 CD

위에 기재된 것 외 다른 형식으로 정보를 받으시려면 1-844-917-0175번으로 Wellcare에 연락해 주십시오. 당사 영업시간은 월~일 오전 8시~오후 8시(모든 시간대)입니다. TTY 사용자는 711번으로 전화하시면 됩니다.

1. 귀하의 일을 하십니까? 예 아니요
2. 귀하의 배우자는 일을 하십니까? 예 아니요

귀하의 주치의(PCP), 진료소 또는 보건소를 기재하십시오.

이메일 주소:

귀하가 이메일 주소를 제공하시면 당사로부터 이메일을 받는 데 동의하게 됨을 유의하시기 바랍니다. 당사에서는 수신 동의 기회를 드리며 귀하는 향후 이메일 커뮤니케이션을 언제든지 수신 거부하실 수 있습니다.

선호하는 연락 방법: 전화 문자 메시지 이메일

*선택한 '선호하는 연락 방법'이 아닌 방법으로 커뮤니케이션이 이뤄질 수 없음을 유의하시기 바랍니다.



귀하의 플랜 보험료 납부

귀하의 월 플랜 보험료(현재 부과되었거나 부과될 수 있는 가입 지연 벌금 포함)를 우편, '자동 이체 (EFT)' 또는 '신용카드'를 통해 매월 납부하실 수 있습니다. 또한 매월 사회 보장 또는 철도청 은퇴자 위원회(RRB) 급여에서 보험료가 자동 공제되도록 하실 수도 있습니다.

파트 D-소득 관련 월별 조정 금액(파트 D-IRMAA)을 납부해야 한다면, 플랜 보험료에 이 금액을 추가하여 납부해야 합니다. 대개 귀하의 사회 보장 급여에서 차감되거나 Medicare(또는 RRB)에서 청구서를 받으실 수도 있습니다. Wellcare에 파트 D-IRMAA를 납부하지 마십시오.

귀하가 납부 방법을 선택하지 않으시면 매달 청구서를 보내드립니다.

보험료 납부 방법을 선택해 주십시오.

청구서 받기

귀하의 매월 사회 보장 또는 철도청 은퇴자 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 수락하지 않는 경우, 당사는 귀하에게 월 보험료에 대한 서면 청구서를 발송할 것입니다.)

개인정보 보호법

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)는 Medicare Advantage(MA) 플랜의 수혜자 가입을 확인하고, 치료 서비스 개선 및 Medicare 혜택 보험금 지급을 위해 Medicare 플랜으로부터 정보를 수집합니다. 사회보장법의 제1851절과 연방규정집 42 §§ 422.50 및 422.60은 본 정보의 수집을 승인합니다. CMS는 기록 공지 시스템(SORN) 'Medicare Advantage Prescription Drug(MARx)', System No. 09-70-0588에 명시된 대로 Medicare 수혜자의 가입 자료를 사용, 공개, 교환할 수 있습니다. 본 양식에 대한 가입자의 기재는 자발적인 것입니다. 그러나 기재하지 않으면 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.



대리점 전용:

직원/보험 설계사/중개인(가입 시 도움을 받은 경우)의 이름:

플랜 ID 번호: **보장 발효일:**

M M D D Y Y Y Y

ICEP/IEP AEP SEP(유형):

자격 없음

Wellcare 영업 담당자/위임된 보험 설계사

(해당 신청서를 작성한 영업 담당자/보험 설계사)

보험 설계사 유형(하나를 선택): 위임된 보험 설계사 Wellcare 직원

아래 섹션을 작성하십시오.

영업 담당자/보험 설계사 이름

영업 담당자/보험 설계사 NPN 번호

대행기관/FMO 제휴 기관:

보험 설계사 ID 번호:

(해당하는 경우)

이 정보는 귀하의 승인된 Wellcare 면허 기록과 일치해야 합니다.

보험 설계사 전화번호: - -

이메일

대행기관/FMO 전화번호(해당하는 경우)

- -

영업 담당자/위임된 보험 설계사 신청서 접수일:

(신청서를 해당 날짜로부터 역일 기준 1일 이내에 Wellcare에 접수해야 합니다.)

M M D D Y Y Y Y

신청서 접수 장소: 예약 영업 이벤트 워크인

기타(구체적으로 기재):

HMO 플랜에 대한 의료 제공자 정보:

PCP 이름:

PCP NPI:

PPG 이름:

PPG ID:

선택한 플랜에 대해 선택한 PCP/PPG가 승인되었습니까? 예 아니요

현재 환자입니까? 예 아니요

중개인 신청서 제출: 영업 담당자/보험 설계사는 1-844-222-3180번으로 예약 범위 및 가입 신청서를 팩스로 보내야 합니다.



가입 기간에 대한 자격 사실 증명

일반적으로, 매년 10월 15일부터 12월 7일까지 연례 등록 기간 동안에만 Medicare Advantage 플랜에 가입하실 수 있습니다. 예외적인 경우 이 기간 외에 Medicare Advantage 플랜에 가입하실 수 있습니다. 다음 내용을 주의 깊게 읽고 귀하에게 해당하는 경우 확인란에 체크 표시하십시오. 다음 중 하나라도 체크하시면 등록 기간에 대한 자격이 있음을 증명하는 것입니다. 추후에 이 정보가 정확하지 않은 것으로 판단되면, 탈퇴 처리될 수도 있습니다.

- 본인은 Medicare에 신규로 가입합니다.
- 본인은 Medicare Advantage 플랜에 가입되어 있으며 Medicare Advantage 공개 등록 기간 (MA OEP)에 플랜을 변경하려고 합니다.
- 본인은 최근에 본인의 현재 플랜의 서비스 지역 밖으로 이사를 갔거나 최근에 이사를 와서 이 플랜을 새로 선택하는 것입니다. 본인은 (날짜 기재)에 이사를 했습니다.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |
- 본인은 최근에 감옥에서 석방되었습니다. 본인은 (날짜 기재)에 석방되었습니다.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |
- 본인은 미국 외 지역에서 살다가 최근에 미국으로 돌아왔습니다. (날짜 기재)에 미국으로 돌아왔습니다.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |
- 본인은 최근에 합법적인 미국 체류자 신분을 취득했습니다. (날짜 기재)에 이 신분을 취득했습니다.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |
- 최근 (날짜 기재)에 본인의 Medicaid 상태가 변경되었습니다 (Medicaid 신규 취득, Medicaid 지원 레벨 변경 또는 Medicaid 상실).

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |
- 최근 (날짜 기재)에 Medicare 처방약 보장 비용을 지원해 주는 추가 지원(Extra Help)이 변경되었습니다(추가 지원 신규 취득, 추가 지원 레벨 변경 또는 추가 지원 상실).

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |
- 본인은 Medicare와 Medicaid를 모두 가지고 있거나(또는 거주하는 주에서 Medicare 보험료를 지원), 추가 지원을 통해 Medicare 처방약 보장 비용을 지원받고 있지만 변경 사항은 없습니다.
- 본인은 장기 간병 시설(예: 요양원 또는 장기 간병 시설)에 입소할 예정이거나 현재 거주 중이거나 최근에 퇴소했습니다. 본인은 (날짜 기재)에 해당 시설에 입소/퇴소할 예정이거나 입소/퇴소했습니다.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |
- 본인은 최근 (날짜 기재)에 PACE 프로그램을 그만두었습니다.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |
- 본인은 최근에 신뢰할 만한(Medicare만큼 보장되는) 처방약 보장을 비자발적으로 상실했습니다. 본인은 의약품 보장 혜택을 (날짜 기재)에 상실했습니다.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |
- 본인은 (날짜 기재)에 직장 또는 조합 보험에서 탈퇴할 예정입니다.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |



- 본인은 거주하는 주에서 제공하는 약국 지원 프로그램에 가입되어 있습니다.
- 본인의 플랜이 Medicare와의 계약을 종료하거나, Medicare가 본인 플랜과의 계약을 종료할 예정입니다.
- 본인은 Medicare(또는 거주하는 주) 플랜에 가입했으며 다른 플랜을 선택하고 싶습니다. 해당 플랜 가입은 (날짜 기재)에 시작되었습니다.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |
- 본인은 Special Needs Plan(SNP)에 가입했지만 해당 플랜을 유지하는 데 필요한 특별 요구 자격 요건을 상실했습니다. 본인은 (날짜 기재)에 SNP에서 탈퇴했습니다.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |
- 본인은 긴급 또는 주요 재해의 영향을 받았습니다(연방 비상 관리국(FEMA) 또는 연방, 주 또는 지방 정부 기관에서 선언한 대로). 이 사항 중에서 하나 이상이 본인에게 해당되지만 해당 재해 때문에 가입 요청을 하지 못했습니다. 가입 기간 중 다음 기간 동안 요청을 하지 못했습니다.

| |
|--|
| |
|--|

위의 진술 중 귀하에게 해당되는 것이 없거나, 잘 모르시는 경우에는 Wellcare에 1-844-917-0175 (TTY 사용자는 711번으로 전화해야 함)번으로 연락하여 가입 자격이 있는지 알아보십시오. 영업시간은 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시(모든 시간대)입니다.

1995년 문서 감축법(Paperwork Reduction Act of 1995)에 따라 유효한 OMB 관리 번호가 표시되어 있지 않으면 어떤 개인도 정보 수집에 응답할 필요가 없습니다. 본 정보 수집에 대한 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1378입니다. 본 정보를 작성하는 데 필요한 시간은 지침 검토, 기존 데이터 자료 검색, 필요한 데이터 취합, 정보 수집 완료 및 검토 시간을 포함하여 응답 당 평균 20분으로 예상됩니다. 예상 시간의 정확성에 관한 의견이나 본 양식을 개선하기 위한 제안 사항이 있는 경우, 다음 주소로 서신을 보내주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Medicare 파트 B 보험료를 계속 지불해야 합니다. 이중 혜택을 모두 받는 수혜자의 경우, Medicaid 자격을 유지하는 한 주 정부에서 귀하의 파트 B 보험료를 보장합니다.

