

Medicare Advantage 플랜 (파트 C) 2026년 개별 가입 요청서

OMB No. 0938-1378
Expires: 12/31/2026



여기에서 신청 상태를 확인하십시오:
wellcare.com/applicationtracker

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 Part A(병원 보험) 가입자
- Medicare Part B(의료 보험) 가입자

본 양식 사용 가능 기간

플랜 가입 가능 기간:

- 매년 10월 15일~12월 7일까지(보험 적용은
1월 1일부터)
- 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.

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

본 양식이나 귀하의 개인 정보(보험금 청구 내역, 지급 내역, 의료 기록 등)을 PRA
Reports Clearance Office에 함께 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. “다음 단계 보기”에서 본
페이지를 참조하여 참조하여 작성한 양식을 플랜으로 보냅니다.



go.wellcare.com/HealthnetCA에서
가입하는 것에 대해 생각해 보셨나요?
빠르고 안전하며 쉽게 적용할 수 있는
방법입니다.

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.
은행 계좌나 월 사회 보장(또는 철도 퇴직자 위원회)
급여에서 공제되도록 선택하는 것에 서명하실 수
있습니다.

다음은 어떻게 진행되나요?

작성과 서명을 마친 양식을 아래의 주소로 발송하여
주십시오.

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

가입 요청이 처리되면 연락드리겠습니다.

양식 작성과 관련하여 도움이 필요하신 경우

1-844-480-0680번으로 Wellcare By Health Net 에
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 연락해 주십시오.



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

가입을 원하는 플랜을 선택하십시오.

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 1 - 처방약 보장 포함

H3561-008-000 Amador, Calaveras, Inyo, Los Angeles, Mono, Sacramento,
San Joaquin, Stanislaus, Tulare, Tuolumne

\$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 기재 사항: 중간 이름

생년월일 성별 남성 여성 전화번호 유형 집 휴대폰

M M D D Y Y Y Y 선택 기재 사항: 대체 전화번호 집 휴대폰

선택 기재 사항: 이메일 주소:

선택 기재 사항: 인터넷, 이메일, 문자 메시지를 혼자서 이용하는 것이 가능하십니까?
 네 아니요

선택 기재 사항: 선호하는 연락 방법: 휴대폰 문자 이메일

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

저희는 귀하가 가입자가 되는 것을 기뻐하며 귀하의 플랜을 이해하기를 바랍니다. 귀하의 신청 상태에 대해 알려드릴 수 있도록 전화번호와 이메일을 제공해 주시기 바랍니다. 가입자로서 무엇을 기대해야 하는지, 건강을 유지해야 하는지, 추가 혜택을 사용하는 것, 의사를 찾는 것, 가입자 포털 및 기타 중요한 정보와 같은 유용한 정보를 공유할 것입니다. 관심이 없는 경우 일부 문자 메시지와 이메일을 선택 해제할 수 있습니다.

Wellcare 플랜이 마음에 드셨으면 좋겠습니다. 귀하의 요구 사항이 변경됨에 따라 귀하에게 더 나은 다른 플랜이 있으면 알려드리겠습니다. 저희는 저희의 플랜에 대해서만 말씀드릴 것입니다.

(사서함 기재 불가. 참고: 노숙자의 경우 사서함이 영구 거주지 주소로 간주될 수 있음). 노숙자 영구 거주지 주소

시 선택 기재 사항: 카운티 주 우편번호

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

시 주 우편번호



귀하의 Medicare 정보:

Medicare 번호

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

자격 대상자:

병원(파트 A)

의료(파트 B)

발효일

--	--	--	--	--	--	--	--

M M D D Y Y Y Y

--	--	--	--	--	--	--	--

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. 귀하의 주 Medicaid 프로그램 번호를 알려 주십시오:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D-SNP 플랜의 Medicaid 번호를 포함해 주십시오. Medicaid 번호가 누락되면 가입 절차가 지연되거나 가입 거절이 될 수 있습니다.

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.
- 한 번에 하나의 MA 또는 파트 D 플랜만 가입할 수 있으며, 본 플랜에 가입하면 다른 MA 또는 파트 D 플랜의 서비스가 자동으로 종료된다는 점을 알고 있습니다(MA PPFs, MA MSA 플랜에는 예외가 적용됩니다).
- Wellcare 보장이 시작되면 Wellcare의 모든 의료 및 처방약 혜택을 누릴 수 있어야 한다는 점을 알고 있습니다. Wellcare가 제공하고 본인의 Wellcare ‘보장 범위 증명서’ 문서(가입자 안내서, 가입자 계약서 또는 보험증서라고도 함)에 포함된 혜택 및 서비스가 보장됩니다. Medicare나 Wellcare는 보장되지 않는 혜택이나 서비스에 대해서 비용을 지불하지 않습니다.
- 이 가입 양식에 기재된 정보는 본인이 아는 한도 내에서 정확합니다. 본인은 이 양식에 고의로 허위 정보를 제공할 시에는 플랜에서 탈퇴될 수 있음을 알고 있습니다.



• 이 신청서에 기재된 본인의 서명(또는 본인을 대신하도록 위임받은 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) 귀하는 주법에 따라 이 등록을 완료할 권한이 있으며,
- 2) 이 권한에 대한 문서는 Medicare의 요청 시 제공됩니다.

본인은 이 문서에 서명하고 제출함으로써 본 문서에 제공된 정보가 본인이 알고 믿는 한 사실이고 완전하며 정확하다는 것을 증명합니다. 본인은 이 정보가 정확하지 않은 것으로 판단되는 경우 탈퇴 처리될 수 있음을 알고 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



귀하의 플랜 보험료 납부

귀하의 월 플랜 보험료(현재 부과되었거나 부과될 수 있는 가입 지연 벌금 포함)를 우편, '전자 자금 이체(EFT)' 또는 '신용카드'를 통해 매월 납부하실 수 있습니다. 또한 매월 사회 보장 또는 철도청 은퇴자 위원회(RRB) 급여에서 보험료가 자동 공제되도록하실 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-IRMAA 비용을 납부하지 마십시오.

귀하가 납부 방법을 선택하지 않으시면 매달 청구서를 보내드립니다.

보험료 납부 방법을 선택해 주십시오.

청구서 받기

귀하의 매월 사회 보장 및 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 발효일부부터 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.)

가입자가 이 양식을 작성하는 데 도움을 주는 개인의 경우

가입자가 이 양식을 작성하는 데 도움을 주는 개인(즉, 보험 설계사, 중개인, SHIP 상담원, 가족 또는 기타 제3자)인 경우 이 섹션을 작성합니다.

이름: _____ 가입자와의 관계: _____

서명: _____ 국가 생산자 번호(보험 설계사/중개인만 해당): _____

개인정보 보호법

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)는 Medicare Advantage (MA)의 수혜자 가입을 확인하고, 치료 서비스 개선 및 Medicare 혜택 보험금 지급을 위해 Medicare 플랜으로부터 정보를 수집합니다. 사회보장법의 제1851절 및 제1860절 D-1과 연방규정집 42 §§ 422.50 및 422.60은 본 정보의 수집을 승인합니다. CMS는 기록 공지 시스템(SORN) "Medicare Advantage 처방약(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:

본인은 이 문서에 서명하고 제출함으로써 본 문서에 제공된 정보가 본인이 알고 믿는 한 사실이고
완전하며 정확하다는 것을 증명합니다. 본인은 허위 진술 또는 누락이 있을 경우 최대 보험 설계사
지명 및 계약 해지에 이르는 징계 조치의 사유가 될 수 있음을 알고 있습니다.

직원/보험 설계사/중개인(가입 시 도움을 받은 경우)의 이름:

플랜 ID 번호:

보장 발효일:
M M D D Y Y Y Y

Wellcare 영업 담당자/공인 보험 설계사

(가입 신청서 작성을 완료한 개인 영업 담당자/보험 설계사)

보험 설계사 유형 (하나만 선택해 주십시오): 공인 보험 설계사 Wellcare 직원

아래 섹션을 작성해 주십시오:

영업 담당자/보험 설계사 이름

영업 담당자/보험 설계사 NPN 번호

대행기관/FMO 제휴 기관(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: 예약 영업 이벤트 워크인

기타(구체적으로 기재):

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



가입 기간 동안의 자격 증명

일반적으로, 매년 10월 15일부터 12월 7일까지 연례 등록 기간 동안에만 Medicare Advantage 플랜에 가입하실 수 있습니다. 이 기간 외의 시점에 Medicare Advantage 플랜에 가입할 수 있도록 허용하는 예외가 있습니다. Medicare 혜택 이용이 처음이고 만 65세가 된 지 90일이 넘은 경우, “Medicare 신규 가입자입니다.” SEP는 적용되지 않으므로 아래에서 적절한 SEP를 선택해 주십시오.

다음 진술을 주의 깊게 읽고 귀하에게 해당하는 칸에 체크하십시오. 다음 중 하나라도 체크하시면 등록 기간에 대한 자격이 있음을 증명하는 것입니다. 추후에 이 정보가 정확하지 않은 것으로 판단되면, 귀하는 탈퇴 처리될 수도 있습니다.

선택하기 전에 아래의 모든 내용을 읽어보시기 바랍니다.

- 본인은 Medicare에 신규로 가입합니다.
 *1번인 경우에만 선택해 주십시오. 새로 자격이 생김. 2. 만 65세가 된 지 90일 이내이거나 최근 90일 이내에 만 65세가 됨. 3. 신규 혜택 수혜자임. 4. 새로 적격자가 되었지만, 이전에는 장애로 인해 Medicare 혜택을 받았음.
 *최근에 고용주를 통한 보험이 종료되어 Medicare를 처음 이용하게 되었다면, 아래 "고용주 또는 노조 보험이 종료되었습니다." SEP를 선택하여 주십시오.
- 연례 등록 기간(AEP) 매년 10월 15일부터 12월 7일까지.
- 파트 A/D가 있으며, 최근 파트 B에 가입했습니다. MA 플랜 가입을 희망합니다.
- 본인은 Medicare 에 신규로 가입하며, 파트 A 및/또는 파트 B의 보장이 시작된 후 Medicare가입에 대한 통지를 받았습니다.
 통지 날짜는 다음과 같습니다: (날짜 기재)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- 본인은 지금까지 Medicare 혜택을 받았지만 이제 65세가 됩니다.
- 본인은 Medicare Advantage 플랜에 가입되어 있으며 Medicare Advantage 공개 등록 기간(MA OEP)에 플랜을 변경하려고 합니다.
- 본인은 본인의 현재 플랜의 서비스 지역 밖인 새로운 주소로 이사를 갔거나 최근에 이사를 와서 이 플랜을 새로 선택하는 것입니다. 이사 날짜는 다음과 같습니다: (날짜 기재)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- 본인은 외국에서 살다가 미국으로 다시 돌아왔습니다.
 돌아온 날짜는 다음과 같습니다:
 (날짜 기재).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- 본인은 감옥에서 석방되었습니다. 석방된 날짜는 다음과 같습니다:
 (날짜 기재)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- 본인은 최근에 미국에서 합법 체류가 가능한 신분을 취득했습니다.
 취득 날짜는 다음과 같습니다: (날짜 기재)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- 본인은 요양원 또는 재활 병원과 같은 장기 요양 시설에 거주하고 있습니다.
 *참고: 서식에 장기 요양 시설 정보를 작성해야 합니다.



본인은 최근에 요양원 또는 재활 병원과 같은 장기 요양 시설에서 퇴소했습니다. *참고: 서식에 장기 요양 시설 정보를 작성해야 합니다.

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

시설에서 퇴소한 날짜는 다음과 같습니다: (날짜 기재)

고용주 또는 조합(통합 일괄 예산 조정법(COBRA) 보장 포함) 보장에서 탈퇴한 날짜는 다음과 같습니다: (날짜 기재)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

본인은 Medicare 처방약 보장(신뢰할 만한 보장) 만큼 좋은 기타 비 Medicare 처방약 보장을 상실했거나 본인의 기타 비 Medicare 보장이 변경되었고 더 이상 신뢰할 수 있는 것으로 간주되지 않습니다. 보장을 상실한 날짜는 다음과 같습니다: (날짜 기재)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

본인의 기존 플랜이 다음 계약 연도에 갱신되지 않습니다. *참고: 이 SEP는 12/8부터 2월 마지막 날까지만 유효합니다.

본인은 Medicare에서 본인의 플랜과의 계약을 종료하였기 때문에 보장을 상실하였습니다. 본인은 Medicare로부터 다른 플랜에 가입할 수 있다는 서신을 받았습니다. 보장이 종료된 날짜는 다음과 같습니다: (날짜 기재)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

본인은 PACE(고령자 종합 치료 프로그램) 플랜에서 탈퇴하였습니다. 프로그램에서 탈퇴한 날짜는 다음과 같습니다: (날짜 기재)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

본인은 특별 요구 플랜이 필요한 특수 요구 사항이 더 이상 없기 때문에 해당 플랜을 상실하였습니다. SNP에서 탈퇴 예정 날짜 또는 SNP에서 탈퇴한 날짜는 다음과 같습니다: (날짜 기재)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

본인은 만성 질환에 대한 맞춤 혜택을 제공하는 특별 요구 플랜에 가입하고 싶습니다.

CSNP 플랜에 가입할 자격이 없는 것으로 확인되어 다른 플랜에 가입하고 싶습니다. 통지 날짜는 다음과 같습니다: (날짜 기재)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

최근 (날짜 기재)에 본인의 Medicaid 상태가 변경되었습니다 (Medicaid 신규 취득, Medicaid 지원 수준 변경 또는 Medicaid 상실).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

최근 (날짜 기재)에 처방약 비용을 지원하는 추가 지원(Extra Help)이 변경되었습니다(새로 추가 지원 가입, 추가 지원 레벨 변경, 추가 지원 상실).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

본인은 Medicare(또는 거주하는 주)의 플랜에 가입했으며 다른 플랜을 선택하려고 합니다. 플랜에 가입한 날짜는 다음과 같습니다: (날짜 기재)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

본인은 주정부 의약품 지원 프로그램에 가입되어 있습니다. 다음 주는 공인된 SPAP를 운영하고 있습니다: Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin.

본인은 주정부 의약품 지원 프로그램의 지원을 받지 못하게 되었습니다. 지원을 상실한 날짜는 다음과 같습니다: (날짜 기재)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y



본인 또는 본인의 의료 결정에 도움을 주는 사람이 응급 상황 또는 주요 재해(연방 비상 관리 기관 또는 연방, 주 또는 지방 정부에서 선포)의 영향을 받았습니다. 이 페이지의 다른 진술 중 하나가 본인에게 해당하지만, 해당 재해로 인해 요청할 수 없었습니다.

가입 기간 중 다음 기간 동안 요청을 하지 못했습니다:

별점 5개를 받은 Medicare 플랜에 가입하려고 합니다.

지난 3년 동안 별점이 별 3개 미만인 플랜에 가입했습니다. 별점이 별 3개 이상인 플랜에 가입하고 싶습니다.

최근 재정 문제(법정관리)로 인해 주에서 인수한 플랜에 가입되어 있습니다. 다른 플랜으로 바꾸고 싶습니다.

본인은 장애인용 형식으로 된 자료를 요청하였고 제때 자료를 받지 못했습니다. 가입에 대해 생각해 볼 시간을 가졌으니 지금 가입하고 싶습니다. 이전에 요청한 장애인용 형식:

*참고: 장애인용 형식에는 한글 점자, 데이터 CD, 큰 활자 등이 포함됩니다.

본인은 파트 A에 대한 보험료를 지불하고 있으며 일반 등록 기간 (매년 1월 1일~3월 31일)에 파트 B에 가입하였습니다. Medicare 의약품 플랜(파트 D) 또는 처방약 보장이 있는 Medicare Advantage 플랜에 가입하고 싶습니다.

본인은 예외적인 상황으로 인해 자격이 되는 특별 등록 기간 중에 파트 A(병원 보험) 또는 파트 B(의료 보험)에 가입하였습니다.

본인은 WellCare/Centene Medicaid 플랜에 가입되어 있으며 WellCare/Centene 완전 통합형 D-SNP(FIDE SNP), 높은 통합형 D-SNP(HIDE D-SNP) 또는 해당하는 통합형 플랜(AIP)에 가입하고 싶습니다.

본인은 Medicare Advantage 플랜을 통해 Medicare 의약품 보장(파트 D)에 가입되어 있습니다. 의약품 보장을 제공하지 않는 다른 Medicare 건강 플랜에 가입하여 신뢰할 만한 비 Medicare 의약품 보장으로 바꾸고 싶습니다. *참고: MA에만 해당

위의 진술 중 귀하에게 해당되는 것이 없거나, 잘 모르시는 경우에는 Wellcare에 1-844-480-0680 (TTY 사용자는 711번으로 전화해야 함)번으로 연락하여 가입 자격이 있는지 알아보십시오. 영업 시간은 일요일~토요일, 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, CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850으로 서신을 보내주시십시오.

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

