OMB No. 0938-1378
만료일: 2023년 7월 31일

Medicare Advantage 플랜(Part C) 가입을 위한 개별 가입 요청서

본 양식 사용 대상

Medicare Advantage 플랜 가입을 희망하는 Medicare 가입자

플랜 가입 대상:

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

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

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

본 양식 사용 가능 기간

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: 별표(*)가 표시된 질문은 필수 기재 사항입니다. 별표(*)가 표시되지 않은 질문은 선택 기재 사항입니다. 기재하지 않아도 보장 거절 여부에 영향을 주지 않습니다.

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.

이후의 절차

작성과 서명을 마친 양식을 아래의 주소로 발송하여 주십시오.

Wellcare
PO Box 31395
Tampa, FL
33631-3395

가입 요청이 처리되면 연락드리겠습니다.

양식 작성에 관련하여 도움이 필요하신 경우

1-844-917-0175번으로 Wellcare에 전화하십시오. TTY 사용자는 **711**번으로 전화하시면 됩니다.

또는 **1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)**로 Medicare에 전화하십시오. TTY 사용자는 **1-877-486-2048**번으로 전화하시면 됩니다.

©Wellcare 2021

2022년 MEDICARE ADVANTAGE 플랜 개별 가입 양식

정보를 다른 언어 또는 형식(점자)으로 받으시려면 Wellcare로 연락하시기 바랍니다.

— 별표(*)가 표시된 난은 필수 기재 사항입니다. —

Wellcare 플랜에 가입하려면 가입을 원하는 플랜을 선택하십시오.

***플랜 유형:** ☐ HMO D-SNP ☐ HMO-POS D-SNP ☐ PPO D-SNP

***플랜 이름:** ☐ Wellcare Dual Access ☐ Wellcare Dual Access Extra ☐ Wellcare Dual Access Medicare
☐ Wellcare Dual Access Open ☐ Wellcare Dual Freedom ☐ Wellcare Dual Liberty
☐ Wellcare Dual Liberty Freedom ☐ Wellcare Dual Liberty Open ☐ Wellcare Dual Pinnacle
☐ Wellcare Dual Reserve ☐ Wellcare Dual Select

플랜 ID 번호: H: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ *$☐☐☐.☐☐ /월

☐ Mr. ☐ Mrs. ☐ Ms. *성별: ☐ 남 ☐ 여

*생년월일: (MMDDYYYY) ☐☐☐☐☐☐☐☐

*성: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ 중간 이니셜: ☐

*이름: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*기본 전화번호: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

대체 전화번호: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

수혜자 이메일 주소: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

귀하는 이메일 주소를 제공함으로써 당사의 이메일 수신에 동의하시는 것입니다. 당사는 귀하에게 향후 이메일 전송에 대해 동의할 기회를 드릴 것이고 귀하는 언제라도 동의를 철회할 수 있습니다.

*영구 거주지 번지 주소: (사서함 기재 불가)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

카운티:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*시: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ *주: ☐☐ *우편번호: ☐☐☐☐☐

*우편 주소: (영구 거주지 번지 주소와 다른 경우에만, 사서함 기재 가능)

*번지 주소: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*시: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ *주: ☐☐ *우편번호: ☐☐☐☐☐

면허를 소지한 대리인: ☐☐☐☐☐☐

©Wellcare 2021

비상 연락 정보(선택 사항):

비상 연락처:

전화번호: 귀하와의 관계:

귀하의 Medicare 보험 정보를 제공해주십시오.

귀하의 빨간색, 흰색, 파란색 Medicare 카드를 꺼내놓고 이 섹션을 작성하시기 바랍니다.

- 귀하의 Medicare 카드에 표시된 정보 그대로 기재하십시오.
  - 또는 -
- 귀하의 Medicare 카드 사본 또는 사회 보장이나 철도 퇴직자 위원회로부터 받은 서신을 첨부해 주십시오.

이름(귀하의 Medicare 카드에 기재된 대로):

_____

*Medicare 번호(영문 숫자):

자격 있는 플랜: 발효일: (MMDDYYYY)

병원(Part A)

의료(Part B)

Medicare Advantage 플랜에 가입하시려면 Medicare Part A와 Part B에 가입되어 있어야 합니다.

다음 중요 질문을 읽고 답변해 주십시오.

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

예 ☐ 아니요 ☐

"예"인 경우, 귀하의 다른 보험과 이 보험에 대한 귀하의 ID 번호를 기재해 주십시오.

*다른 보험의 명칭:

*이 보험의 가입자 번호:

*이 보험의 그룹 번호:

---

2. 귀하는 요양원과 같은 장기 치료 시설에 거주하고 계십니까? 예 ☐ 아니요 ☐

"예"인 경우, 다음 정보를 기재해 주십시오.

기관명:

기관 주소(번지수 및 거리 이름):

시: 주: 우편번호:

전화번호:

면허를 소지한 대리인:

©Wellcare 2021

*3. 귀하는 해당 주정부 Medicaid 프로그램에 가입되어 있습니까?

예 ☐ 아니요 ☐

*"예"인 경우, 귀하의 Medicaid 번호를 기재해주십시오.

4. 귀하 또는 귀하의 배우자는 일을 하십니까? 예 ☐ 아니요 ☐

영어 이외의 언어나 장애인을 위한 형식으로 정보를 수령하기를 원하신다면 아래 상자에 체크 표시를 해 주십시오.

스페인어(이용 가능한 경우) ☐ 중국어(이용 가능한 경우) ☐ 한국어(이용 가능한 경우) ☐

베트남어(이용 가능한 경우) ☐ 대형 활자본 ☐ 점자 ☐ 오디오 CD ☐

위에 기재된 것 외 다른 형식이나 언어로 정보를 이용하시려면 **1-844-917-0175**번으로 Wellcare에 연락해 주십시오. 당사 업무 시간은 일요일-토요일, 오전 8시~오후 8시입니다. 기존 가입자는 가입자 ID 카드에 기재된 번호로 전화하셔도 됩니다. TTY 사용자는 **711**번으로 전화하셔야 합니다.

주치의(PCP)(PCP의 이름과 성), 진료소 또는 보건소를 선택해 주십시오.

ID 번호 ☐ 귀하는 현재 환자입니까? 예 ☐ 아니요 ☐

IPA ID 번호

IPA 이름:

☐ 본인은 PCP 를 선택하고 싶지 않으며, Wellcare에서 담당 PCP를 선택해 주기를 원합니다. 본인은 언제든지 Wellcare 가입자 ID 카드에 있는 가입자 서비스부 번호로 연락하여 담당 PCP 를 변경할 수 있음을 알고 있습니다.

유효한 PCP를 선택하지 않았거나 PCP 자동 배정 확인란을 선택하지 않은 경우 PCP가 수혜자에게 배정됩니다. 지정된 PCP는 언제든지 가입자 ID 카드에 있는 가입자 서비스부 번호로 연락하여 변경할 수 있습니다.

*** 귀하가 위임 대리인이라면, 귀하가 서명을 하고 다음 정보를 제공하셔야 합니다.**

모든 우편물이 위임 대리인에게 발송되기를 원하십니까? 예 ☐ 아니요 ☐

*이름:

*주소:

*시: *주:

*우편번호:

면허를 소지한 대리인:

©Wellcare 2021

*전화번호: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ *가입자와의 관계: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

귀하의 플랜 보험료 납부

월 보험료가 $0인 건강 플랜에 가입하는 경우: 당사에서 귀하가 지연 가입 과태료를 내야 하는 것으로 판단하는 경우(또는 현재 지연 가입 과태료를 내야 하는 경우), 당사는 귀하가 선호하는 납부 방식을 알아야 합니다. 매월 우편, 신용카드, 전화 송금, 또는 자동 이체(EFT)로 납부할 수 있습니다. 또한 자격이 된다면 매월 사회 보장 또는 철도 퇴직자 위원회(RRB) 급여 수표에서 자동 공제로 보험료를 납부하실 수도 있습니다. 귀하에게 Part D 관련 월별 조정 금액(Part D-IRMAA)이 부과되는 경우, 사회보장국에서 귀하에게 통보할 것입니다. 귀하는 플랜 보험료 외에도 이 추가 금액을 납부할 책임이 있습니다. 귀하는 그 금액을 사회 보장 급여 수표에서 원천징수 되도록 하거나 Medicare 또는 RRB로부터 직접 청구받을 것입니다. Wellcare에 Part D-IRMAA 비용을 납부하지 마십시오. **월 보험료가 있는 플랜에 가입하는 경우:** 귀하의 월 플랜 보험료(현재 부과되었거나 부과될 수 있는 가입 지연 과태료를 포함하여)를 우편, 신용카드, 전화 송금, 또는 자동 이체(EFT)를 통해 매월 납부하실 수 있습니다. 또한 자격이 된다면 매월 사회 보장 또는 철도 퇴직자 위원회(RRB) 급여 수표에서 자동 공제로 보험료를 납부하실 수도 있습니다. 귀하에게 Part D 관련 월별 조정 금액(Part D-IRMAA)이 부과되는 경우, 사회보장국에서 귀하에게 통보할 것입니다. 귀하는 플랜 보험료 외에도 이 추가 금액을 납부할 책임이 있습니다. 귀하는 그 금액을 사회 보장 급여 수표에서 원천징수 되도록 하거나 Medicare 또는 RRB로부터 직접 청구받을 것입니다. Wellcare에 Part D-IRMAA 비용을 납부하지 마십시오. 저소득자의 경우 처방약 비용을 지불하기 위한 추가 지원을 받을 자격이 될 수 있습니다. 자격이 되시는 경우, Medicare에서 월 처방약 보험료와 연간 공제액 및 공동보험을 포함하여 약 비용의 75% 이상을 지원해드릴 수 있습니다. 또한, 자격이 되는 사람은 보장 갭 또는 지연 가입 과태료가 적용되지 않습니다. 많은 분들이 이런 절약 혜택을 누릴 수 있지만 모르고 계신 분들이 많습니다. 이 Extra Help에 관한 자세한 정보는 해당 지역의 사회 보장 사무소로 연락하시거나, 사회 보장에 **1-800-772-1213**번으로 전화해 주십시오. TTY 사용자의 경우 **1-800-325-0778**번으로 전화하셔야 합니다. **www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp**에서 온라인으로 추가 지원 신청을 하실 수도 있습니다. Medicare 처방약 비용을 지원해 드리는 추가 지원 자격이 되시면, Medicare에서 귀하의 플랜 보험료 전부 또는 일부를 지불할 것입니다. 현재 추가 지원을 받고 있어도 나중에 다시 신청해야 할 수 있습니다. Medicare가 이 보험료의 일부만 지불하는 경우, 당사는 Medicare에서 보장하지 않는 금액을 귀하에게 청구합니다. 귀하가 납부 방식을 선택하지 않으시면, 귀하의 월 보험료 납부를 위한 쿠폰북을 보내드립니다.

보험료 납부 방식을 선택해 주십시오.

☐ 매월 귀하의 은행 계좌에서 자동 이체(EFT).

- 매월 수표를 보내실 필요가 없습니다.
- 매월 15일에서 20일 사이에 가입자의 계좌에서 자동으로 인출됩니다.
- 무효처리된 수표를 보내시거나 다음의 사항을 알려주십시오.

면허를 소지한 대리인: ☐☐☐☐☐☐

©Wellcare 2021

예금주 이름:_____
(인출 계좌에 표시된 이름을 정자로 기재해 주십시오.)

은행명: _____

라우팅 번호(9자리 숫자 포함) | | | | | | | | | |

계좌 번호 | | | | | | | | | | | | | |

계좌 유형: ☐ 당좌 예금 ☐ 저축 예금

예금주의 서명: (가입자와 다른 경우) _____

본 서비스의 서면 만료 통지를 제출하지 않는 한 본 승낙이 유효함을 인정합니다.

☐ 귀하의 매월 사회 보장 또는 철도 퇴직자 위원회(RRB) 급여 수표에서 자동 공제(자격이 되는 경우).

본인은 다음으로부터 매월 급여를 받습니다. ☐ 사회 보장 ☐ 철도 퇴직자 위원회

(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 않거나, 가입 발효일 후에 공제가 시작되는 것을 승인하는 경우, 당사는 귀하에게 월 보험료 청구서를 발송할 것입니다.)

☐ 월 보험료 납부를 위한 쿠폰북 받기.

참고: 월 쿠폰을 사용하는 대신 귀하의 은행 계좌(당좌/저축 계좌)에서 공제, 또는 신용카드로 플랜 보험료를 납부할 수도 있습니다. 납부를 설정하려면 당사 웹사이트 **www.wellcare.com/medicare**를 방문하거나 가입자 서비스부에 **1-844-917-0175**번으로 전화하십시오.

STOP 다음의 중요 정보를 읽어 주십시오.

현재 직장 또는 조합의 건강 보험에 가입된 경우 Wellcare 플랜에 가입하시면 직장 또는 조합의 건강 혜택에 영향을 줄 수도 있습니다. Wellcare에 가입하시면 직장 또는 조합 건강 보험을 상실할 수도 있습니다. 직장 또는 조합에서 귀하에게 보내는 안내장을 잘 읽어 보십시오. 질문이 있으시면 해당 웹사이트를 방문하시거나 안내장에 기재된 사무소로 연락해 주십시오. 연락처 정보가 없으면, 귀하의 급여 관리자 또는 귀하의 보장에 관한 질문에 답하는 사무소에서 도움을 드릴 수 있습니다.

다음을 읽고 서명해 주십시오.

- 본인은 Wellcare 가입 상태를 유지하기 위해 병원(Part A)과 의료(Part B)를 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(하기의 개인정보 보호법 참조).

면허를 소지한 대리인: | | | | | | |

©Wellcare 2021

- 본 양식에 대한 가입자의 기재는 자발적인 것입니다. 그러나 기재 내용이 미비할 경우 플랜 가입에 영향을 줄 수 있습니다.
- 이 가입 양식에 기재된 정보는 틀림없이 정확합니다. 이 양식에 고의로 허위 정보를 제공할 시에는 플랜에서 탈퇴될 수 있음을 알고 있습니다.
- 본인은 Medicare에 가입된 사람은 일반적으로 미국 국경 근처에서의 제한된 보장을 제외하고 국외에서는 Medicare 보장을 받을 수 없다는 것을 알고 있습니다.
- 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 계약서 또는 보험증서라고도 함)에 포함된 혜택 및 서비스가 보장됩니다. **Medicare나 Wellcare는 보장되지 않는 혜택이나 서비스에 대해서 보험금을 지급하지 않습니다.**
- 이 신청서에 기재된 본인의 서명(또는 본인을 대신하도록 위임받은 자의 서명)은 본인이 이 신청서를 읽고 그 내용을 이해하였음을 의미한다는 점을 알고 있습니다. 위임받은 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.

서명: _____ **오늘 날짜:** ☐☐☐☐☐☐☐☐
M M D D Y Y Y Y

가입 기간 동안의 자격 증명

일반적으로, 매년 10월 15일부터 12월 7일까지 연례 가입 기간 동안에만 Medicare Advantage 플랜에 가입하실 수 있습니다. 이 기간 외의 시점에 Medicare Advantage 플랜에 가입할 수 있도록 허용하는 예외가 있습니다.

다음 진술을 주의 깊게 읽고 귀하에게 해당되는 칸을 선택해 주십시오. 다음 중 어느 것이라도 기재를 하시면, 알고 계신 바에 따라 귀하는 가입 기간 동안 자격이 있음을 증명하는 것입니다. 추후에 이 정보가 정확하지 않은 것으로 판단되면, 귀하는 탈퇴 처리될 수도 있습니다.

선택하신 진술에서 날짜가 필요한 경우에는 다음의 형식을 사용하십시오. MMDDYYYY

1. ☐ 본인은 처음 시작한 Medicare 수혜자입니다.
   직장 단체 또는 조합 보험 상실로 Medicare에 처음 가입이 되신 경우에는, 13번을 참조하십시오.
2. ☐ 본인은 Medicare Advantage 플랜에 가입되어 있으며 Medicare Advantage 공개 가입 기간(MA OEP)에 플랜을 변경하려고 합니다.
3. ☐ 본인은 최근에 본인의 현재 플랜의 서비스 지역 밖으로 이사를 갔거나 최근에 이사를 와서 이 플랜을 새로 선택하는 것입니다. 본인은 ☐☐☐☐☐☐☐☐에 이사했습니다.
4. ☐ 본인은 최근에 감옥에서 석방되었습니다. 본인은 ☐☐☐☐☐☐☐☐에 석방되었습니다.

면허를 소지한 대리인: ☐☐☐☐☐☐

©Wellcare 2021

5. ☐ 본인은 미국 외 지역에서 살다가 최근에 미국으로 돌아왔습니다 본인은 ☐☐☐☐☐☐☐☐에 미국으로 돌아왔습니다.

6. ☐ 본인은 최근에 합법적인 미국 체류자 신분을 취득했습니다. 본인은 ☐☐☐☐☐☐☐☐에 이 신분을 취득했습니다.

7. ☐ 본인은 ☐☐☐☐☐☐☐☐에 Medicaid(Medicaid 신규 취득, Medicaid 지원 레벨 변경 또는 Medicaid 상실) 상태가 변경되었습니다.

8. ☐ 본인은 ☐☐☐☐☐☐☐☐에 Medicare 처방약 보장에 대한 비용 부담을 위한 추가 지원이 변경되었습니다(새로 추가 지원 가입, 추가 지원의 레벨 변경, 추가 지원 탈퇴).

9. ☐ 본인은 Medicare와 Medicaid를 모두 가지고 있거나(또는 거주하는 주에서 Medicare 보험료를 지원) Medicare 처방약 보장을 위한 비용 부담을 추가 지원을 통해 받고 있지만 변경 사항은 없었습니다.

10. ☐ 본인은 장기 치료 시설(예: 요양원 또는 장기 치료 시설)에 들어갈 예정이거나, 현재 거주하고 있거나 시설에서 최근에 나왔습니다. 본인은 ☐☐☐☐☐☐☐☐에 시설로 들어갔습니다/들어갈 것입니다/시설에서 나왔습니다.

11. ☐ 본인은 최근 ☐☐☐☐☐☐☐☐에 PACE 프로그램을 그만두었습니다.

12. ☐ 본인은 최근에 믿을 수 있는(Medicare만큼 보장되는) 처방약 보장을 비자발적으로 상실했습니다. 본인은 약 보장 혜택을 ☐☐☐☐☐☐☐☐에 상실했습니다.

13. ☐ 본인은 ☐☐☐☐☐☐☐☐에 직장 또는 조합 보험에서 탈퇴할 것입니다.

14. ☐ 본인은 우리 주에서 제공하는 약국 지원 프로그램에 가입되어 있습니다.

15. ☐ 본인의 플랜은 Medicare와의 계약을 종료하거나, Medicare가 본인의 플랜과의 계약을 종료할 것입니다.

16. ☐ 본인은 Medicare(또는 거주하는 주)의 플랜에 가입되었으며 다른 플랜을 선택하려고 합니다. 본인의 플랜 가입은 ☐☐☐☐☐☐☐☐에 개시되었습니다.

17. ☐ 본인은 Special Needs 플랜(SNP)에 가입되어 있었지만 해당 플랜에 가입하는 데 필요한 SNP 자격을 상실하였습니다. 본인은 ☐☐☐☐☐☐☐☐에 SNP에서 탈퇴했습니다.

18. ☐ 본인은 긴급 또는 주요 재해의 영향을 받았습니다(연방 재난관리청(FEMA)) 또는, 주 또는 지방 정부 기관에서 선언한 대로). 이 사항 중에서 하나 이상이 본인에게 해당되지만 해당 재해 때문에 가입 요청을 하지 못했습니다.

19. ☐ 본인은 지금까지 Medicare 혜택을 받았지만 곧 65세가 됩니다.

면허를 소지한 대리인: ☐☐☐☐☐☐

©Wellcare 2021

20. ☐ 지난 12개월 내에 본인은 65세가 되었을 때 처방약 보장이 포함된 Medicare Advantage 플랜에 가입했습니다.

21. ☐ 별점 5개를 받은 Medicare 플랜에 가입한 상태입니다.

22. ☐ 본인은 수익관리 상태에 놓인 플랜에 가입되어 있습니다.

23. ☐ 본인은 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)가 지속적인 낮은 평점 플랜(Consistent Poor Performer)으로 지정한 플랜에 가입되어 있습니다.

24. ☐ 본인은 이미 병원(Part A)에 가입되어 있으며 최근에 의료(Part B)에 등록했습니다. 본인은 Medicare Advantage 플랜 가입을 희망합니다.

25. ☐ 본인은 Medicare에 신규로 가입하며, Part A 및/또는 Part B의 보장이 ☐☐☐☐☐☐☐☐에 시작된 후에 Medicare에 대한 통지를 받았습니다.

26. ☐ 본인은 만성 질환에 대한 맞춤 혜택을 제공하는 Special Needs 플랜에 가입하고 싶습니다.

27. ☐ 기타 _____

위의 진술 중 귀하에게 해당되는 것이 없거나, 잘 모르시는 경우에는 Wellcare에 **1-844-917-0175** 번으로 연락하여 가입 자격이 있는지 알아보십시오. 당사 업무 시간은 일요일~토요일, 오전 8시~오후 8시입니다. TTY 사용자는 **711**번으로 전화하셔야 합니다.

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 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 기재 내용이 미비할 경우 플랜 가입에 영향을 줄 수 있습니다.

Louisiana D-SNP 가입자의 경우: WellCare HMO D-SNP 가입자는 Medicare 및 Medicaid 모두로부터 보장을 받습니다. WellCare를 통해 Medicare 건강 관리 및 처방약 보장을 받게 되며, 또한 Louisiana Medicaid를 통해 추가 의료 서비스와 보장을 받을 수 있습니다. Louisiana Medicaid에 참여하는 제공자에 대해 자세히 알아보려면 https://www.myplan.healthy.la.gov/myaccount/choose/find-provider를 방문하십시오. Louisiana Medicaid 혜택에 대한 자세한 내용을 보려면 Medicaid 웹사이트 (https://ldh.la.gov/medicaid)를 방문하여 “Medicaid Services에 대해 알아보기” 링크를 선택하십시오.

Tennessee D-SNP 가입자의 경우: 공지사항: TennCare는 해당 비용 분담액을 제외하고는 이러한 혜택에 대한 지급 책임이 없습니다. TennCare는 이러한 혜택의 이용 가능 여부나 품질을 보장하지 않습니다.

면허를 소지한 대리인: ☐☐☐☐☐☐

©Wellcare 2021

면허를 소지한 대리인/대리점 전용:

직원/보험 설계사/중개인/면허를 소지한 대리인(가입 시 도움을 받은 경우):

면허를 소지한 대리인 서명: _____

신청서 접수일: M M D D Y Y Y Y

면허를 소지한 대리인 ID:

지명 범위 증명 번호:

면허를 소지한 대리인 전화번호:

플랜 ID 번호: H

보장 발효일: M M D D Y Y Y Y

플랜 명칭:

©Wellcare 2021

면허를 소지한 대리인: