

# 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 Plan에 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.gov**에서 플랜 가입이 가능한 기간에  
대해 확인하십시오.

## 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 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 By Allwell

PO Box 10420

Van Nuys, CA

91499-6208

가입 요청이 처리되면 연락드리겠습니다.

## 양식 작성에 관련하여 도움이 필요하신 경우

**1-866-277-6583**번으로 Wellcare By Allwell  
에 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.





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

가입을 원하는 플랜을 선택하십시오.

**Wellcare Dual Access Medicare (HMO D-SNP)<sup>1</sup> H7173 - 처방약 보장 포함**

- 001** Butts, Chattahoochee, Clayton, Cobb, Dawson, DeKalb, Douglas, Fayette, Forsyth, Fulton, Greene, Gwinnett, Harris, Heard, Henry, Lumpkin, Marion, Morgan, Muscogee, Oconee, Paulding, Pickens, Rockdale, Spalding, Taliaferro 및 Troup 카운티, GA \$0\*/월

**Wellcare No Premium Medicare (HMO) H7173 - 처방약 보장 포함**

- 002** Chattahoochee, Clayton, Cobb, DeKalb, Douglas, Fayette, Fulton, Greene, Gwinnett, Harris, Henry, Morgan, Muscogee, Oconee, Paulding, Rockdale, Spalding 및 Troup 카운티, GA \$0/월

**Wellcare Giveback Medicare (HMO) H7173 - 처방약 보장 포함**

- 007** DeKalb, Fulton, Greene, Gwinnett 및 Muscogee 카운티, GA \$0/월

<sup>1</sup>플랜 가입 요건에 부합해야 이 플랜에 가입할 수 있습니다.

\*저소득 보조금 상태 기준 실보험료.









**중요: 다음을 읽고 서명해 주십시오.**

- 본인은 Wellcare 가입 상태를 유지하기 위해 병원(Part A) 및 의료(Part B) 보험을 모두 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).
- 본 양식에 대한 가입자의 기재는 자발적인 것입니다. 그러나 기재 내용이 미비할 경우 플랜 가입에 영향을 줄 수 있습니다.
- 이 양식에 기재된 정보는 틀림없이 정확합니다. 본인은 이 가입서에 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.

오늘 날짜

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

서명

귀하가 위임 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 않아도 보장 거절 여부에 영향을 주지 않습니다.

영어 이외의 언어로 된 정보를 수령하기를 원하신다면 하나를 선택하십시오.

스페인어  한국어

이용 가능한 형식으로 정보를 수령하기를 원하신다면 하나를 선택하십시오.

점자  대형 활자본  오디오 CD

위에 기재된 것 외 다른 형식으로 정보를 이용하시려면 1-844-890-2326(HMO)번 또는 1-877-725-7748(HMO D-SNP)번으로 Wellcare에 연락해 주십시오. 당사 업무 시간은 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시~오후 8시입니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하시면 됩니다. TTY 사용자는 711번으로 전화하시면 됩니다.

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

**귀하의 주치의(PCP), 진료소 또는 보건소를 기재하십시오.**

**본인은 다음 자료를 이메일로 받고 싶습니다.**

하나 이상 선택하십시오.

보장 범위 증명서(EOC)

본인에게 온라인으로 혜택 자료를 받을 수 있는 링크를 보내주십시오.

이메일 주소:





## 귀하의 플랜 보험료 납부

귀하의 월 플랜 보험료(현재 부과되었거나 부과될 수 있는 가입 지연 과태료를 포함하여)를 우편, “자동 이체(EFT)”, “신용카드”를 통해 매월 납부하실 수 있습니다. 또한 매월 사회 보장 또는 철도 퇴직자 위원회(RRB) 급여에서 보험료를 자동 공제하실 수도 있습니다.

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

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.)

## 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 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.





**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):

해당 사항 없음

**Wellcare 공인 판매원/위임받은 보험 설계사**

(해당 신청서를 작성한 개별 공인 판매원/보험 설계사)

**보험 설계사 유형**(하나를 선택):  위임받은 보험 설계사  Wellcare 직원

**아래 섹션을 작성하십시오.**

공인 판매원/보험 설계사 이름

공인 판매원/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)

-  -

**공인 판매원/위임받은 보험 설계사 신청서 접수일:**

(신청서를 해당 날짜로부터 역일 기준 1일 이내에 M M D D Y Y Y Y

Wellcare에 접수해야 합니다.)

**신청서 접수 장소:**  예약  영업 이벤트  워크인

기타(구체적으로 기재):

**HMO 플랜에 대한 서비스 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:** 공인 판매원/보험 설계사는 예약 범위 및 가입 신청서를 팩스 1-844-222-3180번으로 보내야 합니다.





**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.

아래의 진술을 주의 깊게 읽고 귀하에게 해당되는 진술 칸에 체크하십시오. 다음 중 어느 칸에라도 체크를 하시면 귀하가 아시는 바에 따라 가입 기간(Enrollment Period)에 가입할 자격이 있음을 증명하는 것입니다. 추후에 이 정보가 정확하지 않은 것으로 판단되면, 귀하는 탈퇴 처리될 수 있습니다.

- 본인은 Medicare에 신규로 가입합니다.
- 본인은 Medicare Advantage 플랜에 가입되어 있으며 Medicare Advantage 공개 가입 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. 본인은 (날짜 기재)에 미국으로 돌아왔습니다.
 

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

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

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- 본인은 (날짜 기재)에 Medicare 처방약 보장에 대한 비용 부담을 위한 추가 지원이 변경되었습니다(새로 추가 지원 가입, 추가 지원의 레벨 변경, 추가 지원 탈퇴).
 

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- 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.
- 본인은 장기 치료 시설(예: 요양원 또는 장기 치료 시설)에 들어갈 예정이거나, 현재 거주하고 있거나 시설에서 최근에 나왔습니다. 본인은 (날짜 기재)에 시설로 들어갔습니다/들어갈 것입니다/시설에서 나왔습니다.
 

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 믿을 수 있는(Medicare만큼 보장되는) 처방약 보장을 비자발적으로 상실했습니다. 본인은 약 보장 혜택을 (날짜 기재)에 상실했습니다.
 

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y







□ 본인은 (날짜 기재)에 직장 또는 조합 보험에서 탈퇴할 것입니다.

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

□ 본인은 우리 주에서 제공하는 약국 지원 프로그램에 가입되어 있습니다.

□ 본인의 플랜은 Medicare와의 계약을 종료하거나, Medicare가 본인의 플랜과의 계약을 종료할 것입니다.

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

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

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

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

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

위의 진술 중 귀하에게 해당되는 것이 없거나, 잘 모르시는 경우에는 Wellcare에 1-866-277-6583번(TTY 사용자는 711번으로 전화하셔야 합니다)으로 연락하여 가입 자격이 있는지 알아보십시오. 당사 업무 시간은 일요일~토요일, 오전 8시~오후 8시입니다.

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



