

個別投保 申請表用於投保 Medicare Advantage 計劃 (Part C)



誰可以使用此表單？

想要加入 Medicare Advantage 計劃的 Medicare 投保人

若要加入計劃，您必須：

- 是美國公民或能合法居留美國
- 居住於計劃服務區域

重要事項：若要加入 Medicare Advantage 計劃，您必須同時享有：

- Medicare Part A (住院保險)
- Medicare Part B (醫療保險)

何時要使用此表單？

您在以下情況可以加入計劃：

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日間 (適用於 1 月 1 日起的保險)
- 在一開始取得 Medicare 的 3 個月內
- 在某些情況下您獲准加入或轉換計劃

請造訪 **Medicare.gov** 以進一步瞭解何時可以註冊投保計劃。

需要包含哪些內容以完成此表單？

- 您的 Medicare 號碼 (在您的紅色、白色和藍色 Medicare 卡上的號碼)
- 您的永久地址和電話號碼

注意：您必須完成第 1 節中的所有項目。第 2 節中的項目為選填 – 您不會因為未填寫這些內容而被拒絕承保。

提醒：

- 如果您希望在秋季開放投保期間加入計劃 (10 月 15 日至 12 月 7 日)，該計劃必須在 12 月 7 日前收到您已填妥的表單。
- 您的計劃會將該計劃保費的帳單寄送給您。您可以選擇申請從您的銀行帳戶或您的每月社會安全局 (或鐵路退休局) 給付扣除您的保費付款。

後續事項？

將填妥並簽名的表單寄送至：

Wellcare By Health Net

PO Box 10420

Van Nuys, CA

91499-6208

他們處理您的加入要求後，即會與您聯絡。

如何取得填寫此表單的協助？

請撥打以下電話聯絡 Wellcare By Health Net：
1-866-277-6583。TTY 使用者請致電 **711**。

或者，請撥打以下電話聯絡 Medicare：

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 **1-877-486-2048**。



第 1 節 - 此頁面上的所有欄位皆為必填欄位 (除非標示為選填)

選擇您要加入的計劃：

Wellcare Premium Ultra (HMO)² H0562 - 包含處方藥承保

- 009** Alameda、Amador、Contra Costa、San Francisco 和 Stanislaus 郡，CA 每月 121 美元
- 084** Placer 和 Sacramento 郡，CA 每月 165 美元

Wellcare No Premium (HMO)² H0562 - 包含處方藥承保

- 012** Imperial 和 San Diego 郡，CA 每月 0 美元
- 090** Fresno 郡，CA 每月 0 美元
- 103** Amador、Contra Costa 和 Yolo 郡，CA 每月 0 美元
- 124** Placer 和 Sacramento 郡，CA 每月 0 美元

Wellcare Premium Enhanced (HMO)² H0562 - 包含處方藥承保

- 039** Yolo 郡，CA 每月 100 美元

Wellcare Patriot Giveback (HMO)² H0562 - 不包含處方藥承保

- 044** Alameda、Amador、Contra Costa、Los Angeles、Placer、Riverside、Sacramento、San Bernardino 和 Stanislaus 郡，CA 每月 0 美元

Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562 - 包含處方藥承保

- 079** Fresno、Kern 和 Madera 郡，CA 每月 0 美元

Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)¹ H0562 - 包括處方藥物承保/心血管疾病、慢性心臟衰竭 (CHF)、糖尿病

- 092** Kern、Los Angeles 和 Orange 郡，CA 每月 0 美元
- 118** Fresno 和 San Francisco 郡，CA 每月 0 美元

WellCare No Premium (HMO)H0562 - 包含處方藥承保

- 097** San Francisco 郡，CA 每月 0 美元
- 113** Alameda 郡，CA 每月 0 美元
- 120** Santa Clara 和 Stanislaus 郡，CA 每月 0 美元
- 125** Los Angeles 和 Orange 郡，CA 每月 0 美元
- 126** Riverside 和 San Bernardino 郡，CA 每月 0 美元

¹您必須符合特定投保條件才能投保此計劃。

²本計劃提供選擇性補充套件。



第 1 節 - 此頁面上的所有欄位皆為必填欄位 (除非標示為選填)

選擇您要加入的計劃：

Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)^{1,2} H0562 - 包括處方藥物承保/心血管疾病、慢性心臟衰竭 (CHF)、糖尿病

114 San Diego 郡，CA 每月 0 美元

WellCare Dual Liberty (HMO D-SNP)¹ H0562 - 包含處方藥承保

121 Fresno、Kern、Los Angeles、Orange、Riverside、San Bernardino、San Diego、San Francisco 和 Tulare 郡，CA 每月 0 元*

Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562 - 包含處方藥承保

122 Kern、Los Angeles、Orange、Riverside、San Bernardino、San Diego、Santa Clara 和 Stanislaus 郡，CA 每月 33.20 美元

Wellcare Low Premium (HMO)² H0562 - 包含處方藥承保

123 Los Angeles、Orange、Riverside 和 San Bernardino 郡，CA 每月 18 美元

Wellcare Assist (HMO) H0562 - 包含處方藥承保

127 Amador、Contra Costa、Fresno、Madera 和 Santa Clara 郡，CA 每月 27.90 美元

Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP)¹ H3561 - 包含處方藥承保

001 Alameda、Amador、Fresno、Imperial、Madera、Placer、Sacramento 和 Stanislaus 郡，CA 每月 0 元*

WellCare Plus Sapphire II (HMO) H3561 - 包含處方藥承保

002 Alameda、Fresno、Imperial、Kern、Los Angeles、Orange、Riverside、San Bernardino、San Diego、San Francisco 和 Tulare 郡，CA 每月 33.20 美元

Wellcare No Premium Open (PPO) H7360 - 包含處方藥承保

001 Amador 和 Sutter 郡，CA 每月 0 美元

¹您必須符合特定投保條件才能投保此計劃。

²本計劃提供選擇性補充套件。

* 實際保費根據低收入補貼狀態而定。



支付額外每月保費的選擇性補充福利

| 計劃名稱 | 選擇性補充福利 | |
|---|---|-----------|
| Wellcare Premium Ultra (HMO) - H0562 - 009 | <input type="checkbox"/> Centene Enhanced Dental & Fit Plus | 每月 25 美\$ |
| Wellcare Premium Enhanced (HMO) - H0562 - 039 Wellcare Premium Ultra (HMO) - H0562 - 084 | <input type="checkbox"/> Vision 300, 36 CAM Visits | 每月 12 美元 |
| Wellcare No Premium (HMO) - H0562 - 012、090、103、124 Wellcare Patriot Giveback (HMO) - H0562 - 044 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP) - H0562 - 114 Wellcare Low Premium (HMO) - H0562 - 123 | <input type="checkbox"/> Centene Enhanced Dental | 每月 10 美元 |

每月計劃保費金額 (包括選擇性補充套件保費金額)

\$

要求的生效日期

月 月 日 日 年 年 年 年



第 1 節 - 此頁面上的所有欄位皆為必填欄位 (除非標示為選填)

名字

姓氏

選擇性：
中間名縮寫

出生日期

月 月 日 日 年 年 年 年

性別

男
 女

電話號碼

 - -

永久居住街道地址 (請勿輸入郵政信箱)

城市

選擇性：郡

州

郵遞區號

郵寄地址，只在與永久地址不同時填寫 (允許填寫郵政信箱)

街道地址

城市

州

郵遞區號

您的 Medicare 資訊：

Medicare 號碼

具有下列資格：

住院 (Part A)

生效日期

月 月 日 日 年 年 年 年

醫療 (Part B)

月 月 日 日 年 年 年 年

請回答以下重要問題：

1. 除了 WellCare，您是否還享有其他處方藥承保 (如 VA、TRICARE)？

是 否

其他保險的名稱

此承保的會員編號

此承保的團體編號

2. 您是否投保州政府 Medicaid 計劃？ 是 否

如果回答「是」，請提供您的 Medicaid 號碼：

3. 您是否患有心血管疾病、慢性心臟衰竭 (CHF) 和/或糖尿病？

是 否



重要事項：請閱讀並簽署以下內容：

- 我必須同時保留住院 (Part A) 和醫療 (Part B) 保險才能繼續參加 WellCare。
- 加入這個 Medicare Advantage 計劃表示我同意 WellCare 與 Medicare 分享我的資訊，且可幫我追蹤投保情況、支付款項，以及用於授權收集此資訊的聯邦法律所允許之其他目的 (請參閱下方的隱私法聲明)。
- 您對此表單的作答出於自願。然而，未作答可能會影響計劃投保。
- 據本人所知，本投保申請書上的資訊皆正確無誤。本人瞭解如果本人在本表中蓄意提供不實資訊，本人將會遭到本計劃的退保。
- 本人瞭解，投保 Medicare 的人士在境外通常不受 Medicare 的保障，除了美國邊界附近的有限承保之外。
- 本人瞭解，從我的 WellCare 承保開始時，我即必須透過 WellCare 取得所有的醫療和處方藥福利。由 WellCare 所提供以及我的 WellCare 「承保證明」文件 (亦稱為會員合約或投保人協議) 中所述的福利和服務將屬於承保範圍。無論是 Medicare 或 Wellcare 皆不會給付未承保的福利或服務。
- 本人瞭解，本人 (或取得本人授權的法定代理人) 在本申請表上簽名，即表示本人已經閱讀並理解本申請表的內容。如果是由授權代表 (如上所述) 簽名，此簽名證實：
 - 1) 此人已按州法律規定取得授權可填寫本投保申請表，且
 - 2) 可在 Medicare 要求時提供此授權之證明文件。

今天日期

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

月 月 日 日 年 年 年 年

簽名

如果您是授權代表，請在上方簽名並填寫以下欄位：

姓名

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

地址

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

電話號碼

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

與投保人的關係

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



第 2 節 - 此頁面上的所有欄位皆為選填欄位

您可以選擇是否要回答這些問題。您不會因未填寫欄位而被拒絕承保。

如果您希望我們以英文以外的語言傳送資訊給您，請選擇其中一項。

西班牙文 中文 韓文 越南文

如果您希望我們以可存取格式傳送資訊給您，請選擇其中一項。

點字版 大字體印刷版 音頻 CD

如果您需要上述以外的無障礙格式的資訊，請撥打 1-800-275-4737 聯絡 WellCare。服務時間從 10 月 1 日至 3 月 31 日，每週 7 天，每天早上 8 點開始可以撥打電話與我們聯絡至晚上 8 點。從 4 月 1 日至 9 月 30 日，您可以致電我們的時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。TTY 使用者請致電 711。

1. 您有工作嗎？ 是 否

2. 您的配偶有工作嗎？ 是 否

列示您的主治醫生 (PCP)、診所或醫療中心：

我想透過電子郵件取得下列資料。

選擇一或多項。

承保證明 (EOC)

寄送給我可連上我的福利資料的線上連結

電子郵件地址：



支付您的計劃保費

您每月可以透過郵件、「電子轉帳」(EFT)、「信用卡」等方式支付月保費(包括任何您目前需繳納或可能積欠的延遲投保罰款)。您也可以選擇每月從您的社會安全局或鐵路職工退休委員會(RRB)福利中自動扣繳保費。

若您必須支付與月調整金額相關的 Part D 收入 (Part D-IRMAA) 除了計劃保費外，還必須支付此額外金額。這筆金額通常從您的社會安全福利中扣除，或者您可能從 Medicare (或 RRB) 拿到帳單。請勿向 WellCare 支付 Part D-IRMAA。

如果您未選擇付款選項，您將每月收到保費帳單。

請選擇一項保費付款方式：

收到帳單

從您每個月的社會安全局或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利支票中自動扣款。我從下列網址獲得每月福利： 社會安全局 RRB

(社會安全局/RRB 核准扣款後，可能需要兩個月或更久的時間才會開始進行扣款。在大多數情況下，如果社會安全局或 RRB 接受您的自動扣款請求，社會安全局或 RRB 福利支票的第一筆扣款將會包括從您投保生效日起到扣繳開始為止的所有應繳保費。如果社會安全或 RRB 未核准您的自動扣款要求，我們會寄送月保費的紙本帳單)。

隱私法聲明

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) 會收集 Medicare 計劃的資訊，以追蹤在 Medicare Advantage (MA) 計劃中的受益人投保、改善照護以及支付 Medicare 福利。社會安全法案第 1851 節和第 1860D-1 節，以及 42 CFR §§ 422.50 和 422.60 授權收集此資訊。CMS 可以使用、揭露和交換 Medicare 受益人的投保資料，如 System of Records Notice (SORN) 的「Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)」，系統編號 09-70-0588 中所指定。您對此表格的作答出於自願。然而，未作答可能會影響到計劃投保。



僅供辦公室使用：

工作人員/代理人/經紀人姓名 (如有協助投保) :

計劃 ID # :

保險生效日期 :

月 月 日 日 年 年 年 年

ICEP/IEP AEP SEP (類型) :

不符合資格

Wellcare 銷售代表/授權代理

(完成申請的個別銷售代表/代理人)

代理人類型 (單選) : 授權代理人 Wellcare 員工

請填妥以下部分：

銷售代表/代理人名稱

銷售代表/代理人 NPN 編號

代理人/FMO 隸屬關係 :

(如適用)

代理人 ID 編號 (#) :

此資訊必須與您核准的 Wellcare 授權記錄相符。

代理人電話號碼 : - -

電子郵件

代理人/FMO 電話號碼 (如適用)

- -

銷售代表/授權代理人申請收據日期：

(申請表必須在此日期的 1 個日曆天內送達 Wellcare)。

月 月 日 日 年 年 年 年

申請表收件地點 : 約訪 銷售活動 未預約者

其他 (請指明) :

HMO 計劃的提供者資訊：

PCP 名稱 :

PCP NPI :

PPG 名稱 :

PPG ID :

所選計劃是否接受 PCP/PPG ? 是 否

您目前是病患 ? 是 否

PPO 計劃選擇醫師資訊：

POC 名稱 : POC/PCP NPI :

POC 地址 :

生效日期 :

月 月 日 日 年 年 年 年

經紀人申請提交：銷售代表/代理人必須將約訪範圍和投保申請書傳真至 1-844-222-3180。



一般而言，您可以在每年 10 月 15 日到 12 月 7 日的年度投保期投保 Medicare Advantage 計劃。有些例外情形可能可讓您在這段時間以外的其他時間投保 Medicare Advantage 計劃。請仔細閱讀下列說明，勾選當中說明適合您的方框。勾選下列任何方框，表示就您所知道的，您確認自己符合投保期的投保資格。如果我們日後確定此資訊不正確，您可能可能會被退保。

- 我新加入 Medicare。
- 我參加了 Medicare Advantage 計劃，並希望在 Medicare Advantage 公開投保期 (MA OEP) 期間進行變更。
- 我最近搬離目前計劃的服務區域，或者我剛搬家，而本計劃是我的新選項。我的搬家日期是 (填入日期)。

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| 月 | 月 | 日 | 日 | 年 | 年 | 年 | 年 |
- 我最近才從監禁中釋放。我的釋放日期是 (填入日期)。

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| 月 | 月 | 日 | 日 | 年 | 年 | 年 | 年 |
- 我常年在國外居住，最近剛回到美國。我回到美國的日期是 (填入日期)。

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| 月 | 月 | 日 | 日 | 年 | 年 | 年 | 年 |
- 我最近取得美國的合法居留身份。我取得該身份的日期是 (填入日期)。

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| 月 | 月 | 日 | 日 | 年 | 年 | 年 | 年 |
- 我最近於 (填入日期) 變更我的 Medicaid (最近獲得的 Medicaid、Medicaid 協助層級變更，或失去 Medicaid)。

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| 月 | 月 | 日 | 日 | 年 | 年 | 年 | 年 |
- 我最近於 (填入日期) 變更我的額外協助支付 Medicare 處方藥承保 (最近獲得額外協助、額外協助層及變更，或失去額外協助)。

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| 月 | 月 | 日 | 日 | 年 | 年 | 年 | 年 |
- 我同時擁有 Medicare 和 Medicaid (或我所在州協助我支付 Medicare 保費) 或我領有 Medicare 處方藥保險的額外協助，但我沒有變更。
- 我正要搬進、目前住在或最近剛搬離長期 照護機構 (例如療養院或長期照護機構)。我在下列時間已經/將要搬進/搬出機構 (填入日期)。

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| 月 | 月 | 日 | 日 | 年 | 年 | 年 | 年 |
- 我最近退出 PACE 計劃，退出日期是 (填入日期)。

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| 月 | 月 | 日 | 日 | 年 | 年 | 年 | 年 |
- 我最近被迫退出可信的處方藥承保 (與 Medicare 同等級的承保)。我失去藥物承保的日期是 (填入日期)。

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| 月 | 月 | 日 | 日 | 年 | 年 | 年 | 年 |
- 我在下列時間退出雇主或工會承保 (填入日期)。

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| 月 | 月 | 日 | 日 | 年 | 年 | 年 | 年 |
- 我屬於我所在州提供的藥房援助計劃。
- 我的計劃即將終止與 Medicare 的合約，或 Medicare 即將終止與我的計劃的合約。



- 我參加了 Medicare (或我所在州) 的計劃，我想選擇一個不同的計劃。我的投保計劃開始於 (填入日期)。

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

 月 月 日 日 年 年 年 年
- 我曾投保 Special Needs Plan (SNP)，但現已失去了投保該計劃所需的特殊需求資格。我被 SNP 退保的日期是 (填入日期)。

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

 月 月 日 日 年 年 年 年
- 我受到緊急情況或重大災難 (由聯邦緊急事務管理署 (FEMA) 或由聯邦、州或地方政府部門宣布) 的影響。在此的其中一項說明適合我，但因災難事件使我無法申請投保。

如果上述聲明皆不適用於您或者您不確定，請洽詢 WellCare，聯絡電話：1-866-277-6583 (TTY 使用者應撥打 711)，查看您是否符合投保資格。我們的營業時間為週日至週六早上 8 點至晚上 8 點。

您必須支付您的 Medicare Part B 保費。然而，就全額雙重受益人而言，只要您保有您的 Medicaid 資格，該州將承擔 Part B 的保費。



