

Đăng Ký Cá Nhân Yêu Cầu Biểu Mẫu Đăng Ký Chương Trình Medicare Advantage (Part C)



Ai có thể sử dụng biểu mẫu này?

Những người có Medicare muốn tham gia Chương Trình Medicare Advantage

Để tham gia chương trình, quý vị phải:

- Là công dân Hoa Kỳ hoặc được hiện diện hợp pháp ở Hoa Kỳ.
- Sống tại khu vực dịch vụ của chương trình

Quan trọng: Để tham gia Chương Trình Medicare Advantage, quý vị cũng phải có cả:

- Medicare Part A (Bảo Hiểm Bệnh Viện)
- Medicare Part B (Bảo Hiểm Y Tế)

Khi nào tôi sử dụng biểu mẫu này?

Quý vị có thể tham gia chương trình:

- Từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 mỗi năm (dành cho bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng 1)
- Trong vòng 3 tháng kể từ lần đầu tiên nhận Medicare
- Trong một số trường hợp nhất định khi quý vị được phép tham gia hoặc chuyển đổi chương trình

Truy cập **Medicare.gov** để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể đăng ký một chương trình.

Tôi cần những gì để hoàn thành biểu mẫu này?

- Số Medicare của quý vị (số trên thẻ Medicare đỏ, trắng và xanh của quý vị)
- Địa chỉ thường trú hoặc số điện thoại của quý vị

Lưu ý: Quý vị phải hoàn thành tất cả các mục trong Phần 1. Các mục trong Phần 2 là tùy chọn - quý vị sẽ không bị từ chối bảo hiểm vì quý vị không điền.

Nhắc nhở:

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình trong giai đoạn đăng ký mở mùa thu (ngày 15 tháng 10 - ngày 7 tháng 12), quý vị phải hoàn tất mẫu đơn chương trình trước ngày 7 tháng 12.
- Chương trình của quý vị sẽ gửi một hóa đơn phí bảo hiểm của chương trình đó cho quý vị. Quý vị có thể chọn đăng ký thanh toán phí bảo hiểm bằng cách trừ vào tài khoản ngân hàng của quý vị hoặc phúc lợi An Sinh Xã Hội (hoặc Ủy Ban Hưu Trĩ Ngành Đường Sắt) hàng tháng của quý vị.

Điều gì sẽ xảy ra tiếp theo?

Gửi mẫu đơn đã điền đầy đủ và có chữ ký của quý vị đến:

Wellcare By Health Net
PO Box 10420
Van Nuys, CA
91499-6208

Sau khi xử lý yêu cầu tham gia của quý vị, họ sẽ liên hệ với quý vị.

Làm thế nào để tôi được trợ giúp về biểu mẫu này?

Hãy gọi Wellcare By Health Net theo số **1-866-277-6583**. Người dùng TTY có thể gọi số **711**.

Hoặc, gọi đến Medicare theo số **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Người dùng TTY có thể gọi số **1-877-486-2048**.



Phần 1 – Tất cả các trường trên trang này là bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là tùy chọn)

Chọn chương trình quý vị muốn tham gia:

Wellcare Premium Ultra (HMO)² H0562 – bao gồm bảo hiểm thuốc theo toa

- 009** Các hạt Alameda, Amador, Contra Costa, San Francisco và Stanislaus, CA \$121 mỗi tháng
- 084** Các hạt Placer và Sacramento, CA \$165 mỗi tháng

Wellcare No Premium (HMO)² H0562 – bao gồm bảo hiểm thuốc theo toa

- 012** Các hạt Imperial và San Diego, CA \$0 mỗi tháng
- 090** Hạt Fresno, CA \$0 mỗi tháng
- 103** Các hạt Amador, Contra Costa và Yolo, CA \$0 mỗi tháng
- 124** Các hạt Placer và Sacramento, CA \$0 mỗi tháng

Wellcare Premium Enhanced (HMO)² H0562 – bao gồm bảo hiểm thuốc theo toa

- 039** Hạt Yolo, CA \$100 mỗi tháng

Wellcare Patriot Giveback (HMO)² H0562 – không bao gồm bảo hiểm thuốc theo toa

- 044** Các hạt Alameda, Amador, Contra Costa, Los Angeles, Placer, Riverside, Sacramento, San Bernardino và Stanislaus, CA \$0 mỗi tháng

Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562 – bao gồm bảo hiểm thuốc theo toa

- 079** Các hạt Fresno, Kern và Madera, CA \$0 mỗi tháng

Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)¹ H0562 – bao gồm bảo hiểm thuốc theo toa/
Rối Loạn Tim Mạch, Suy Tim Mạn Tính (CHF), Tiểu Đường

- 092** Các hạt Kern, Los Angeles và Orange, CA \$0 mỗi tháng
- 118** Các hạt Fresno và San Francisco, CA \$0 mỗi tháng

Wellcare No Premium (HMO) H0562 – bao gồm bảo hiểm thuốc theo toa

- 097** Hạt San Francisco, CA \$0 mỗi tháng
- 113** Hạt Alameda, CA \$0 mỗi tháng
- 120** Các hạt Santa Clara và Stanislaus, CA \$0 mỗi tháng
- 125** Các hạt Los Angeles và Orange, CA \$0 mỗi tháng
- 126** Các hạt Riverside và San Bernardino, CA \$0 mỗi tháng

1Quý vị phải đáp ứng các tiêu chí đăng ký cụ thể để đăng ký chương trình này.

2Gói bổ sung tùy chọn được cung cấp kèm theo chương trình này.



Phần 1 – Tất cả các trường trên trang này là bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là tùy chọn)

Chọn chương trình quý vị muốn tham gia:

Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)^{1,2} H0562 – bao gồm bảo hiểm thuốc theo toa/
Rối Loạn Tim Mạch, Suy Tim Mạn Tính (CHF), Tiểu Đường

114 Hạt San Diego, CA \$0 mỗi tháng

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)¹ H0562 – bao gồm bảo hiểm thuốc theo toa

121 Các hạt Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Francisco và Tulare, CA \$0* mỗi tháng

Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562 – bao gồm bảo hiểm thuốc theo toa

122 Các hạt Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, Santa Clara và Stanislaus, CA \$33.20 mỗi tháng

Wellcare Low Premium (HMO)² H0562 – bao gồm bảo hiểm thuốc theo toa

123 Các hạt Los Angeles, Orange, Riverside và San Bernardino, CA \$18 mỗi tháng

Wellcare Assist (HMO) H0562 – bao gồm bảo hiểm thuốc theo toa

127 Các hạt Amador, Contra Costa, Fresno, Madera và Santa Clara, CA \$27.90 mỗi tháng

Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP)¹ H3561 – bao gồm bảo hiểm thuốc theo toa

001 Các hạt Alameda, Amador, Fresno, Imperial, Madera, Placer, Sacramento, và Stanislaus, CA \$0* mỗi tháng

Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561 – bao gồm bảo hiểm thuốc theo toa

002 Các hạt Alameda, Fresno, Imperial, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Francisco và Tulare, CA \$33.20 mỗi tháng

Wellcare No Premium Open (PPO) H7360 – bao gồm bảo hiểm thuốc theo toa

001 Các hạt Amador và Sutter, CA \$0 mỗi tháng

¹Quý vị phải đáp ứng các tiêu chí đăng ký cụ thể để đăng ký chương trình này.

²Gói bổ sung tùy chọn được cung cấp kèm theo chương trình này.

*Phí bảo hiểm thực tế dựa trên tình trạng Tiền Trợ Cấp Thu Nhập Thấp.



Các Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn cho phí bảo hiểm hàng tháng bổ sung

TÊN CHƯƠNG TRÌNH	CÁC PHÚC LỢI BỔ SUNG TÙY CHỌN
Wellcare Premium Ultra (HMO) – H0562 – 009	<input type="checkbox"/> Centene Enhanced Dental & Fit Plus \$25 mỗi tháng
Wellcare Premium Enhanced (HMO) – H0562 – 039 Wellcare Premium Ultra (HMO) – H0562 – 084	<input type="checkbox"/> Vision 300, 36 CAM Visits \$12 mỗi tháng
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 \$10 mỗi tháng

Số tiền phí bảo hiểm chương trình hàng tháng (bao gồm gói bổ sung tùy chọn về số tiền phí bảo hiểm)

\$

Ngày yêu cầu có hiệu lực

M M D D Y Y Y Y



QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên bên dưới:

- Tôi phải giữ cả Bảo Hiểm Bệnh Viện (Part A) và Bảo Hiểm Y Tế (Part B) để tiếp tục tham gia Wellcare.
- Khi tham gia Chương trình Medicare Advantage này, tôi xác nhận rằng Wellcare sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, những người có thể sử dụng nó để theo dõi việc đăng ký của tôi, thực hiện thanh toán và cho những mục đích khác được pháp luật liên bang cho phép thu thập thông tin này (xem phần Cam Kết Về Đạo Luật Bảo Mật bên dưới).
- Câu trả lời của quý vị đối với mẫu đơn này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc đăng ký vào chương trình.
- Theo hiểu biết tốt nhất của tôi, thông tin trên mẫu đơn đăng ký này là chính xác. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố ý cung cấp thông tin sai trên mẫu đơn này, tôi sẽ bị hủy đăng ký khỏi chương trình.
- Tôi hiểu rằng những người có Medicare thường không được Medicare bao trả khi ở bên ngoài quốc gia này, ngoại trừ phạm vi bảo hiểm có giới hạn ở gần biên giới Hoa Kỳ.
- Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm Wellcare của tôi bắt đầu, tôi phải nhận được tất cả phúc lợi về thuốc theo toa và y tế từ Wellcare. Các phúc lợi và dịch vụ được cung cấp bởi Wellcare và có trong tài liệu "Chứng Thực Bảo Hiểm" Wellcare của tôi (còn được gọi là hợp đồng thành viên hoặc thỏa thuận của người đăng ký) sẽ được bao trả. Cả Medicare và Wellcare đều sẽ không chi trả cho những phúc lợi hay dịch vụ không được bao trả.
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hay chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp hành động thay tôi) trên đơn đăng ký này đồng nghĩa với việc tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn đăng ký này. Nếu được ký bởi người đại diện được ủy quyền (như mô tả ở trên), chữ ký này chứng nhận rằng:
 - 1) Người này được ủy quyền theo luật Tiểu Bang để hoàn thành việc đăng ký này và
 - 2) Tài liệu về cơ quan này có sẵn theo yêu cầu của Medicare.

Ngày Hôm Nay

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

M M D D Y Y Y Y

Chữ ký

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, hãy ký tên ở trên và điền vào những trường sau:

Tên

--

Địa chỉ

--

Số điện thoại

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

Mối quan hệ với người đăng ký

--



Phần 2 – Tất cả các trường trên trang này là tùy chọn

Việc trả lời những câu hỏi này là theo lựa chọn của quý vị. Quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì quý vị không điền các thông tin này.

Chọn một câu trả lời nếu quý vị muốn chúng tôi gửi cho quý vị thông tin bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh.

Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Trung Quốc Tiếng Hàn Quốc Tiếng Việt

Chọn một câu trả lời nếu quý vị muốn chúng tôi gửi cho quý vị thông tin bằng định dạng có thể tiếp cận được.

Chữ nổi Braille Chữ in khổ lớn CD Âm thanh

Vui lòng liên hệ với Wellcare theo số 1-800-275-4737 nếu quý vị cần thông tin ở định dạng khác có thể tiếp cận được với những thông tin được liệt kê ở trên. Giờ hoạt động là từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, quý vị có thể gọi cho chúng tôi 7 ngày trong tuần, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, quý vị có thể gọi cho chúng tôi từ thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Người dùng TTY có thể gọi số 711.

1. Quý vị có hiện đang làm việc không? Có Không

2. Vợ/chồng quý vị có làm việc không? Có Không

Liệt kê Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (PCP), phòng khám hoặc trung tâm y tế:

Tôi muốn nhận các tài liệu sau qua email.

Chọn một hoặc nhiều.

Chứng Thực Bảo Hiểm (EOC)

Gửi cho tôi một liên kết trực tuyến để nhận tài liệu về phúc lợi của mình

*Địa chỉ e-mail:



Thanh toán phí bảo hiểm chương trình của quý vị

Quý vị có thể thanh toán phí bảo hiểm chương trình hàng tháng (bao gồm bất kỳ tiền phạt đăng ký muộn nào mà quý vị đang có hoặc có thể nợ) qua bưu điện, "Electronic Funds Transfer (EFT - Chuyển Tiền Điện Tử)" "thẻ tín dụng" mỗi tháng. **Quý vị cũng có thể chọn thanh toán phí bảo hiểm bằng cách tự động khấu trừ từ phúc lợi An Sinh Xã Hội hoặc Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt (RRB) mỗi tháng.**

Nếu quý vị phải chi trả Số Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập Part D (Part D-IRMAA), quý vị phải chi trả thêm khoản tiền này ngoài phí bảo hiểm chương trình của mình. Số tiền thường được nằm ngoài phúc lợi An Sinh Xã Hội của quý vị, hoặc quý vị có thể nhận được hóa đơn từ Medicare (hoặc RRB). KHÔNG thanh toán Wellcare Part D-IRMAA.

Nếu không chọn tùy chọn thanh toán, quý vị sẽ nhận được một hóa đơn hàng tháng.

Vui lòng chọn một tùy chọn thanh toán phí bảo hiểm:

- Nhận hóa đơn
- Tự động khấu trừ từ ngân phiếu phúc lợi An Sinh Xã Hội hoặc Ủy Ban Hưu Trí Ngành Đường Sắt (RRB) hàng tháng. Tôi nhận được phúc lợi hàng tháng từ: An Sinh Xã Hội RRB
- (Việc khấu trừ từ An Sinh Xã Hội/RRB có thể mất khoảng từ hai tháng trở lên mới được áp dụng sau khi An Sinh Xã Hội hoặc RRB phê duyệt việc khấu trừ. Trong hầu hết các trường hợp, nếu An Sinh Xã Hội hoặc RRB chấp nhận yêu cầu khấu trừ tự động của quý vị, khoản khấu trừ đầu tiên từ ngân phiếu phúc lợi An Sinh Xã Hội hoặc RRB sẽ bao gồm tất cả phí bảo hiểm phải thanh toán từ ngày đăng ký có hiệu lực cho đến thời điểm bắt đầu thu tiền. Nếu An Sinh Xã Hội hoặc RRB không phê duyệt yêu cầu khấu trừ tự động của quý vị, chúng tôi sẽ gửi hóa đơn giấy cho quý vị về phí bảo hiểm hàng tháng.)

CAM KẾT VỀ ĐẠO LUẬT BẢO MẬT

Các Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc đăng ký của người thụ hưởng phúc lợi của Chương Trình Medicare Advantage (MA), cải thiện dịch vụ chăm sóc và để chi trả cho các phúc lợi Medicare. Các mục 1851 và 1860D-1 của Đạo Luật An Sinh Xã Hội và 42 CFR §§ 422.50 và 422.60 cho phép thu thập thông tin này. CMS có thể sử dụng, tiết lộ và trao đổi dữ liệu đăng ký của người thụ hưởng Medicare như được nêu trong Thông Báo Hệ Thống Hồ Sơ (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Hệ Thống Số 09-70-0588. Câu trả lời của quý vị đối với mẫu đơn này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc đăng ký vào chương trình.



CHỈ SỬ DỤNG TẠI VĂN PHÒNG:

Tên của nhân viên/người đại diện/môi giới (nếu quý vị được hỗ trợ trong việc đăng ký):

Số ID Chương Trình: Ngày bảo hiểm có hiệu lực:

M M D D Y Y Y Y

ICEP/IEP AEP SEP (loại): Không đủ điều kiện

Đại diện bán hàng/người đại diện được ủy quyền của Wellcare

(đại diện bán hàng/người đại diện cá nhân đã điền mẫu đơn)

Loại người đại diện (chọn một): Người đại diện được ủy quyền Nhân viên Wellcare

Hoàn thành phần bên dưới:

Tên đại diện bán hàng/người đại diện Số NPN đại diện bán hàng/người đại diện

Chi nhánh người đại diện/FMO: Mã số người đại diện:
(nếu có)

Thông tin này phải khớp với hồ sơ cấp phép Wellcare đã được phê duyệt của quý vị.

Số điện thoại của người đại diện: - -

Email **Số điện thoại của người đại diện/FMO** (nếu có) - -

Ngày nhận đơn đăng ký của đại diện bán hàng/người đại diện được ủy quyền:

M M D D Y Y Y Y

(Phải nhận đơn đăng ký tại Wellcare trong vòng 1 ngày theo lịch của ngày nay.)

Vị trí nhận mẫu đơn: Cuộc hẹn Sự kiện bán hàng Nhận tại nhà cung cấp

Khác (nêu rõ):

Thông tin nhà cung cấp cho chương trình HMO:

Tên PCP: PCP NPI:

Tên PPG: PPG ID:

PCP / PPG được chọn có được chấp nhận cho chương trình đã chọn không?

Có Không

Quý vị hiện đang là bệnh nhân? Có Không

Thông tin lựa chọn bác sĩ cho các chương trình PPO:

Tên POC: POC/PCP NPI:

Địa chỉ POC:

Ngày có hiệu lực:

M M D D Y Y Y Y

Nộp Đơn Đăng Ký Nhà Môi Giới: Đại diện bán hàng/Người đại diện phải gửi fax Phạm Vi Cuộc Hẹn hoặc Biểu Mẫu Đăng Ký đến 1-844-222-3180.



Thông thường, quý vị chỉ có thể đăng ký chương trình Medicare Advantage trong giai đoạn đăng ký hàng năm từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 hàng năm. Có những ngoại lệ có thể cho phép quý vị đăng ký vào chương trình Medicare Advantage ngoài giai đoạn này.

Vui lòng đọc kỹ những câu sau đây và đánh dấu vào ô trống nếu câu đó đúng với quý vị. Bằng việc đánh dấu vào bất kỳ ô trống nào sau đây, quý vị xác nhận rằng, theo hiểu biết tốt nhất của mình, quý vị đủ điều kiện cho Giai Đoạn Đăng Ký. Nếu sau đó chúng tôi xác định được rằng thông tin này không chính xác, quý vị có thể bị hủy đăng ký.

- Tôi mới tham gia Medicare.
- Tôi đang tham gia chương trình Medicare Advantage và muốn thay đổi trong Giai Đoạn Đăng Ký Mở của Medicare Advantage (MA OEP).

- Tôi mới chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ của chương trình hiện tại hoặc tôi mới chuyển nhà và chương trình này là tùy chọn mới đối với tôi. Tôi đã chuyển đi vào ngày (điền ngày).

M M	D D	Y Y Y Y

- Tôi mới được ra tù. Tôi đã được ra tù vào ngày (điền ngày).

M M	D D	Y Y Y Y

- Tôi mới quay lại Hoa Kỳ sau thời gian cư trú bên ngoài Hoa Kỳ. Tôi đã quay lại Hoa Kỳ vào ngày (điền ngày).

M M	D D	Y Y Y Y

- Tôi mới nhận được tình trạng hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ. Tôi nhận được tình trạng này vào ngày (điền ngày).

M M	D D	Y Y Y Y

- Gần đây, tôi đã thay đổi Medicaid của mình (mới nhận Medicaid, có thay đổi về cấp độ hỗ trợ Medicaid hoặc mất Medicaid) vào ngày (điền ngày).

M M	D D	Y Y Y Y

- Gần đây, tôi đã thay đổi thanh toán Trợ Giúp Bổ Sung cho bảo hiểm thuốc theo toa của Medicare (mới nhận Trợ Giúp Bổ Sung, có thay đổi cấp độ Trợ Giúp Bổ Sung hoặc mất Trợ Giúp Bổ Sung) vào ngày (điền ngày).

M M	D D	Y Y Y Y

- Tôi có cả Medicare và Medicaid (hoặc tiểu bang giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare của tôi) hoặc tôi nhận được Trợ Giúp Bổ Sung thanh toán cho bảo hiểm thuốc theo toa Medicare nhưng tôi không thay đổi gì.

- Tôi sẽ chuyển đến, sống tại hoặc gần đây được ra khỏi Cơ Sở Chăm Sóc Dài Hạn (ví dụ: nhà điều dưỡng hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn). Tôi đã chuyển/sẽ chuyển đến/ra khỏi cơ sở vào ngày (điền ngày).

M M	D D	Y Y Y Y

- Tôi mới rời khỏi chương trình PACE vào ngày (điền ngày).

M M	D D	Y Y Y Y

- Tôi mới vô tình làm mất bảo hiểm thuốc theo toa có uy tín của mình (bảo hiểm tốt như của Medicare). Tôi đã làm mất bảo hiểm thuốc của mình vào ngày (điền ngày).

M M	D D	Y Y Y Y



- Tôi sắp rời khỏi bảo hiểm theo cơ quan hoặc công đoàn vào ngày

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

(điền ngày).
- Tôi đang tham gia chương trình hỗ trợ nhà thuốc do tiểu bang của tôi cung cấp.
- Chương trình của tôi sắp chấm dứt hợp đồng với Medicare hoặc Medicare sắp chấm dứt hợp đồng với chương trình của tôi.
- Tôi đã đăng ký vào một chương trình của Medicare (hoặc của tiểu bang của tôi) và tôi muốn chọn một chương trình khác. Tôi bắt đầu đăng ký vào chương trình từ ngày (điền ngày)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- Tôi đã đăng ký vào Special Needs Plan (Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt, SNP) nhưng tôi đã làm mất chứng nhận nhu cầu đặc biệt cần có để tham gia chương trình đó. Tôi đã rút tên khỏi SNP vào ngày

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

(điền ngày).
- Tôi bị ảnh hưởng bởi thảm họa khẩn cấp hoặc thảm họa lớn (như được tuyên bố bởi Cơ Quan Quản Lý Khẩn Cấp Liên Bang (FEMA) hoặc cơ quan chính quyền Liên Bang, tiểu bang hoặc địa phương). Trong các câu ở đây cũng có câu đúng với trường hợp của tôi nhưng tôi không thể yêu cầu đăng ký vì thảm họa này.

Nếu không có câu nào trong những câu trên đúng với quý vị hoặc nếu quý vị không chắc chắn, vui lòng liên hệ với Wellcare theo số 1-866-277-6583 (người dùng TTY nên gọi 711) để xem quý vị có đủ điều kiện để đăng ký hay không. Chúng tôi mở cửa Chủ Nhật-Thứ Bảy, 8 a.m. đến 8 p.m.

Quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Part B. Tuy nhiên, đối với những người thụ hưởng đủ điều kiện kép, Tiểu Bang sẽ bao trả phí bảo hiểm Part B của quý vị miễn là quý vị vẫn giữ đủ điều kiện sử dụng Medicaid.



