

Wellcare By Health Net
Medicare Advantage 計劃
2022 年選擇性福利
個人投保申請書



Wellcare 提供選擇性福利，需每月繳納額外的計劃保費。這份表單只能由我們目前的會員使用，在現有的 Wellcare Medicare Advantage 計劃中增加選擇性福利組合，或是已經投保選擇性福利組合者，要轉換到不同的組合選擇。除了每月計劃保費和 Medicare Part B 保費外，需額外支付選擇性補充福利的保費。

請用正楷填寫

填寫 Medicare 卡上顯示的姓名 - 姓氏	名字	中間名縮寫
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
永久居住地址		
<input type="text"/>		
城市	州	郵遞區號
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
永久居住地址所在郡	電話號碼	
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
郵寄地址 (僅在與上述不同時填寫)		
<input type="text"/>		
城市	州	郵遞區號
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
電子郵件地址 (如果您想要在線上接收文件則為必填)	出生日期	性別
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	月 月 日 日 年 年 年 年	
Medicare 編號 (#) (從紅色、白色到藍色的 Medicare 卡)	Wellcare Medicare Advantage 計劃	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

填妥此表單後，請將其郵寄至：

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

如果您要投保選擇性福利組合，請填寫此部分

我目前投保 Wellcare Medicare Advantage 計劃，支付每月計劃保費 \$ ，
並希望註冊投保選擇性福利組合 ，額外支付每月
保費 \$ 。

如果您目前是會員，並且要轉換選擇性福利組合，請填寫此部分

我目前投保 Wellcare Medicare Advantage 計劃，以及選擇性福利組合

並希望轉換至選擇性福利組合

，額外支付每月保費 \$ 。

請勿使用此表單變更 Wellcare Medicare Advantage 計劃。

若選擇包含 HMO 牙科的選擇性福利組合，請至 Wellcare 牙科服務提供者名錄下挑選牙科服務提供者。

服務提供者姓名

服務提供者 ID 編號 (#)

如果您未選擇付款選項，您將會每個月收到帳單。

請選擇一項保費付款方式：

接收帳單

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。我每月從以下機構獲得福利： 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。如果社會安全局或 RRB 沒有核准您的自動扣款要求，我們將寄紙本帳單向您收取每月保費。)

在首次投保的第一個月月底前，新會員都可以投保。福利將在下個月的第一天生效。我瞭解如要符合選擇性補充福利組合的資格，我必須持續為 Wellcare Medicare Advantage 計劃的會員。如果我從自己的計劃中退保，我將自動退保選擇性補充福利組合。如果我停止支付選擇性補充福利組合，我在選擇性補充福利組合中的會員資格將會終止，而我的 Medicare Advantage (醫療) 計劃投保狀態將不受影響。我的承保範圍將僅預設為我的標準 Wellcare Medicare Advantage 計劃 (醫療)。

您可以隨時透過向 Wellcare 提出書面通知，從此選項退保，但一旦退保，在該日曆年期間內的重新投保將受到限制。選擇性福利的選擇期為 2021 年 10 月 15 日至 2021 年 12 月 31 日止，生效日期為 2022 年 1 月 1 日；而 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 1 月 31 日止，生效日期則為 2022 年 2 月 1 日。

您瞭解，選擇 HMO 選項時，自本選擇性福利組合的生效日期開始，您必須透過和 Wellcare 簽約的服務提供者取得這些服務，除了急診或緊急需求服務之外，如福利要點或承保證明 (EOC) 中所述。

資訊披露

我允許 Medicare 和 Medicaid 服務中心 (CMS) 向計劃提供資訊，而我允許計劃、計劃之醫生和診所，或任何有關於我的醫療或其他相關資訊的其他人，向 CMS 或 CMS 代理人提供執行 Medicare 計劃所需的資訊。我也授權計劃向服務提供者披露必要或其他與我相關的資訊。

我瞭解我在此申請書上的簽名代表我已閱讀並瞭解本申請書的內容，並且同意遵守與選擇性福利計劃相關的計劃規定。 (請閱讀您的承保證明文件，瞭解您必須遵守哪些規則才能獲得 Wellcare 承保)。

請用正楷填寫姓名

簽名

日期

月 月 日 日 年 年 年 年

若您為獲授權代表，您必須提供下列資訊

姓氏

名字

中間名
縮寫

地址

城市

州

郵遞區號

與申請人的關係

電話號碼

感謝您選擇 Wellcare。若您有疑問，請撥打會員 ID 卡背面的電話號碼致電會員服務部詢問 (TTY：711)。從 10 月 1 日至 3 月 31 日，您可以致電我們的時間為一週 7 天，早上 8 點至晚上 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。

僅供辦公室使用：

小組編號 (#)

保險生效日期

月 月 日 日 年 年 年 年

修正會員資訊

網絡外/非合約服務提供者沒有義務治療 Wellcare 會員，除非在緊急情況下。有關其他資料，包括適用於網絡外服務的分攤費用，請致電我們的會員服務號碼，或參閱您的承保證明。

