Form sa Paghiling ng Pag-enroll ng Indibidwal sa Medicare Advantage na Plano (Bahagi C)

OMB Blg. 0938-1378
Mawawalan ng bisa sa: 7/31/2024

wellcare By health net

Sino ang maaaring gumamit ng form na ito?

Mga taong may Medicare na gustong sumali sa Medicare Advantage na Plano

Para sumali sa plano, ikaw dapat ay:

- Mamamayan ng Estados Unidos o legal na nasa U.S.
- Nakatira sa pinagseserbisyuhang lugar ng plano

Mahalaga: Para sumali sa Medicare Advantage na Plano, mayroon ka dapat ng parehong:

- Bahagi A ng Medicare (Insurance sa Ospital)
- Bahagi B ng Medicare (Medikal na Insurance)

Kailan ko gagamitin ang form na ito?

Maaari kang sumali sa plano:

- Mula Oktubre 15 hanggang Disyembre 7 bawat taon (para sa pagsaklaw na magsisimula sa Enero 1)
- Sa loob ng 3 buwan pagkatapos unang makakuha ng Medicare
- Sa ilang partikular na sitwasyon kung saan pinapayagan kang sumali o lumipat ng mga plano

Bisitahin ang Medicare.gov para alamin pa kung kailan ka maaaring mag-sign up para sa plano.

Ano ang kailangan ko para kumpletuhin ang form na ito?

- Ang iyong Numero sa Medicare (ang numero sa pula, puti, at asul mong Medicare card)
- Permanente mong address at numero ng telepono

Tandaan: Dapat mong kumpletuhin ang lahat ng item sa Seksyon 1. Ang mga item na nasa Seksyon 2 ay opsyonal – hindi ka maaaring pagkaitan ng saklaw dahil hindi mo pinunan ang mga ito.

Mga Paalala:

- Kung gusto mong sumali sa plano sa panahon ng bukas na enrollment sa taglagas (Oktubre 15–Disyembre 7), dapat makuha ng plano ang nakumpleto mong form nang hanggang Disyembre 7.
- Papadalhan ka ng iyong plano ng bayarin para sa premium ng plano. Maaari kang mag-sign up para ipakaltas ang iyong mga bayad sa premium mula sa iyong account sa bangko o sa buwanan mong benepisyo sa Social Security (o Railroad Retirement Board).

Ano ang susunod na mangyayari?

Ipadala ang nakumpleto at nilagdaan mong form sa:

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

Kapag naproseso na nila ang kahilingan mong sumali, makikipag-ugnayan sila sa iyo.

Paano ako makakahingi ng tulong para sa form na ito?

Tawagan ang Wellcare By Health Net sa 1-844-917-0175. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.

O, tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

Mga indibidwal na nakakaranas ng kawalan ng tirahan

- Kung gusto mong sumali sa plano pero wala kang permanenteng tirahan, maaaring gamitin ang Post Office Box, address ng matutuluyan o klinika, o address kung saan ka nakakatanggap ng sulat (hal. mga tseke ng social security) bilang iyong permanenteng address ng tirahan.

MAHALAGA

Huwag ipapadala ang form na ito o anumang item na may personal mong impormasyon (tulad ng mga claim, mga pagbabayad, mga medikal na rekord, atbp.) sa Tanggapan ng Clearance para sa mga Ulat ng PRA. Sisirain ang anumang item na walang kinalaman sa pagpapaganda ng form na ito o sa problema sa pangongolekta (nakalista sa OMB 0938-1378). Hindi ito itatago, susuriin, o ipapadala sa plano. Tingnan ang "Ano ang susunod na mangyayari?" sa pahinang ito para maipadala ang nakumpleto mong form sa plano.

©Wellcare 2022

Seksyon 1 – Ang lahat ng field sa pahinang ito ay kinakailangan (maliban kung minarkahang opsyonal)

Piliin ang planong gusto mong salihan:

Wellcare Premium Ultra (HMO)[2] **H0562** – may kasamang saklaw sa inireresetang gamot

☐ **009**	Mga county ng Alameda, Amador, Contra Costa, San Francisco, at Stanislaus, CA	$133 kada buwan
☐ **039**	Yolo County, CA	$100 kada buwan
☐ **084**	Mga county ng Placer at Sacramento, CA	$163 kada buwan

Wellcare No Premium (HMO)[2] **H0562** – may kasamang saklaw sa inireresetang gamot

☐ **012**	Mga county ng Imperial at San Diego, CA	$0 kada buwan
☐ **103**	Mga county ng Amador, Contra Costa, at Yolo, CA	$0 kada buwan
☐ **124**	Mga county ng Placer at Sacramento, CA	$0 kada buwan

Wellcare Patriot Giveback (HMO)[2] **H0562** – walang kasamang saklaw sa inireresetang gamot

☐ **044**	Mga county ng Alameda, Amador, Contra Costa, Los Angeles, Placer, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Mateo, Solano, at Stanislaus, CA	$0 kada buwan

Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562 – may kasamang saklaw sa inireresetang gamot

☐ **079**	Mga county ng Fresno, Kern, at Madera, CA	$0 kada buwan

Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)[1] **H0562** – may kasamang saklaw sa inireresetang gamot/Mga Sakit sa Puso, Hindi Gumagaling na Pagpalya ng Puso (CHF), Diyabetis

☐ **092**	Mga county ng Kern, Los Angeles, at Orange, CA	$0 kada buwan
☐ **118**	Mga county ng Fresno at San Francisco, CA	$0 kada buwan

Wellcare No Premium (HMO) H0562 – may kasamang saklaw sa inireresetang gamot

☐ **097**	County ng San Francisco, CA	$0 kada buwan
☐ **113**	County ng Alameda, CA	$0 kada buwan
☐ **120**	Mga county ng Santa Clara at Stanislaus, CA	$0 kada buwan
☐ **125**	Mga county ng Los Angeles at Orange, CA	$0 kada buwan
☐ **126**	Mga county ng Riverside at San Bernardino, CA	$0 kada buwan
☐ **128**	Mga county ng San Mateo at Solano, CA	$0 kada buwan

[1]Dapat matugunan mo ang partikular na mga pamantayan sa pag-enroll para makapag-enroll sa planong ito.
[2]Nag-aalok ng opsyonal na karagdagang package sa planong ito.

©Wellcare 2022

Seksyon 1 – Ang lahat ng field sa pahinang ito ay kinakailangan (maliban kung minarkahang opsyonal)

Piliin ang planong gusto mong salihan:

Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)[1,2] H0562 – may kasamang saklaw sa inireresetang gamot/Mga Sakit sa Puso, Hindi Gumagaling na Pagpalya ng Puso (CHF), Diyabetis

☐ **114** County ng San Diego, CA $0 kada buwan

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)[1] H0562 – may kasamang saklaw sa inireresetang gamot

☐ **121** Mga county ng Fresno, Kern, Madera, Orange, San Francisco, at Tulare, CA $0 kada buwan

Wellcare Low Premium (HMO)[2] H0562 – may kasamang saklaw sa inireresetang gamot

☐ **123** Mga county ng Los Angeles, Orange, Riverside, at San Bernardino, CA $22 kada buwan

Wellcare Assist (HMO) H0562 – may kasamang saklaw sa inireresetang gamot

☐ **127** Mga county ng Amador, Contra Costa, Fresno, Madera, Santa Clara, at Tulare, CA $10.30 kada buwan

Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)[1] H0562 – may kasamang saklaw sa inireresetang gamot

☐ **129** Mga county ng Los Angeles, Riverside, San Bernardino, at San Diego, CA $0 kada buwan

Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP)[1] H3561 – may kasamang saklaw sa inireresetang gamot

☐ **001** Mga county ng Alameda, Amador, Fresno, Imperial, Madera, Placer, Sacramento, at Stanislaus, CA $0 kada buwan

Wellcare No Premium Open (PPO) H7360 – may kasamang saklaw sa inireresetang gamot

☐ **001** Mga county ng Amador at Sutter, CA $0 kada buwan

[1]Dapat matugunan mo ang partikular na mga pamantayan sa pag-enroll para makapag-enroll sa planong ito.
[2]Nag-aalok ng opsyonal na karagdagang package sa planong ito.

©Wellcare 2022

Opsyonal na Mga Karagdagang Benepisyo para sa karagdagang buwanang premium

PANGALAN NG PLANO	OPSIYONAL NA MGA KARAGDAGANG BENEPISYO
Wellcare Premium Ultra (HMO) – H0562 – 009	☐ Centene Enhanced Dental, Vision & Wellness Plus $26 kada buwan
Wellcare Premium Ultra (HMO) – H0562 – 039 H0562 – 084	☐ Centene Enhanced Vision & Wellness Plus $16 kada buwan
Wellcare No Premium (HMO) – H0562 – 012, 103, 124 Wellcare Patriot Giveback (HMO) – H0562 – 044 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP) – H0562 – 114 Wellcare Low Premium (HMO) – H0562 – 123	☐ Centene Enhanced Dental $11 kada buwan

Buwanang halaga ng premium sa plano (kasama ang halaga ng premium para sa opsyonal na karagdagang package)

$ _____

Hiniling na pagkakaroon ng bisa

M M D D Y Y Y Y

©Wellcare 2022

Seksyon 1 – Ang lahat ng field sa pahinang ito ay kinakailangan (maliban kung minarkahang opsyonal)

Pangalan

Apelyido

Osyonal: Gitnang Inisyal

Petsa ng kapanganakan

M M D D Y Y Y Y

Kasarian
☐ Lalaki
☐ Babae

Numero ng telepono

–

–

Permanenteng address ng tirahan (Huwag maglagay ng PO Box)

Lungsod

Osyonal: County

Estado

ZIP code

Address para sa sulat, kung iba sa iyong permanenteng address (Pinapayagan ang PO Box)

Address

Lungsod

Estado

ZIP code

Ang iyong impormasyon sa Medicare:

Numero sa Medicare:

Ay karapat-dapat sa: Petsa ng pagkakaroon ng bisa

OSPITAL (Bahagi A)

M M D D Y Y Y Y

MEDICAL (Bahagi B)

M M D D Y Y Y Y

Sagutan ang mahahalagang tanong na ito:

1. May iba ka pa bang saklaw sa inireresetang gamot (gaya ng VA, TRICARE) bukod pa sa Wellcare?
   ☐ Mayroon ☐ Wala

   Pangalan ng iba pang saklaw

   Numero ng miyembro para sa saklaw na ito

   Numero ng grupo para sa saklaw na ito

2. Naka-enroll ka ba sa programa ng Medicaid ng iyong Estado? ☐ Oo ☐ Hindi
   Kung "Oo," pakibigay ang iyong numero sa Medicaid:

3. Mayroon ka bang Mga Sakit sa Puso, Hindi Gumagaling na Pagpalya ng Puso (CHF) at/o Diyabetis?
   ☐ Mayroon ☐ Wala

©Wellcare 2022

MAHALAGA: Basahin at lagdaan sa ibaba:

- Dapat kong panatilihin ang parehong Ospital (Bahagi A) at Medikal (Bahagi B) para manatili sa Wellcare.
- Sa pamamagitan ng pagsali sa Medicare Advantage na Plano na ito, kinikilala ko na ibabahagi ng Wellcare ang aking impormasyon sa Medicare na puwedeng gumamit dito para subaybayan ang aking enrollment, para magbayad, at para sa iba pang layuning pinapayagan ng Pederal na batas na nagpapahintulot sa pangongolekta ng impormasyong ito (tingnan ang Pahayag sa Batas sa Pagkapribado sa ibaba).
- Boluntaryo ang pagsagot mo sa form na ito. Gayunpaman, maaaring makaapekto sa pagpapa-enroll mo sa plano ang hindi mo pagsagot dito.
- Nauunawaan ko na maaari lamang akong mag-enroll sa isang MA na plano sa bawat pagkakataon - at ang pagkaka-enroll sa planong ito ay awtomatikong magtatapos ng aking pagkaka-enroll sa ibang MA na plano (mayroong mga hindi isasama para sa MA PFFS, MA MSA na mga plano).
- Nauunawaan ko na kapag nagsimula na ang aking saklaw sa Wellcare, dapat kong kunin ang lahat ng aking medikal na benepisyo at benepisyo sa inireresetang gamot mula sa Wellcare. Sasaklawin ang mga benepisyo at serbisyong ibinibigay ng Wellcare at nakalagay sa dokumentong "Ebidensya ng Saklaw" ng aking Wellcare (kilala rin bilang kontrata ng miyembro o kasunduan sa subscriber). Hindi babayaran ng Medicare at ng Wellcare ang mga benepisyo o serbisyong hindi saklaw.
- Nauunawaan ko na ang mga taong may Medicare ay hindi sinasaklaw sa ilalim ng Medicare habang nasa labas ng bansa, maliban para sa limitadong pagsaklaw malapit sa hangganan ng U.S.
- Wasto ang nakasaad na impormasyon sa enrollment form na ito batay sa abot ng aking kaalaman. Nauunawaan ko na kung sadya akong magbibigay ng maling impormasyon sa form na ito, aalisin ako sa pagkaka-enroll sa plano.
- Nauunawaan ko na ang lagda ko (o ang lagda ng taong may legal na pahintulot na kumilos sa ngalan ko) sa application na ito ay nangangahulugang nabasa at nauunawaan ko ang mga nakapaloob sa application na ito. Kung nilagdaan ng awtorisadong kinatawan (gaya ng nakalarawan sa itaas), kinukumpirma ng lagdang ito na:

  1) May pahintulot ang taong ito sa ilalim ng Batas ng estado na magsagot ng enrollment form na ito, at

  2) Makakakuha ng dokumento ng pahintulot na ito kung hihilingin ito ng Medicare.

Petsa ngayong araw

M M	D D	Y Y Y Y

Lagda

Kung ikaw ang awtorisadong kinatawan, lagdaan sa itaas at sagutan ang mga field na ito:

Pangalan

Address

Numero ng telepono

– –

Kaugnayan sa naka-enroll

©Wellcare 2022

Seksyon 2 – Ang lahat ng field sa pahinang ito ay opsyonal

Nasa sa iyo kung gusto mong sagutan ang mga tanong na ito. Hindi ka maaaring tanggihan ng saklaw dahil hindi mo sasagutan ang mga ito.

May lahi ka bang Hispanic, Latino/a, o Spanish? Piliin ang lahat ng naaangkop.
☐ Wala, walang lahing Hispanic, Latino/a o Spanish ☐ Mayroon, Mexican, Mexican American, Chicano/a ☐ Mayroon, Puerto Rican ☐ Mayroon, Cuban ☐ Mayroon, ibang lahing Hispanic, Latino/a o Spanish ☐ **Pinili kong huwag sagutin**

Ano ang iyong lahi? Piliin ang lahat ng naaangkop.

☐ American Indian o Katutubong taga-Alaska ☐ Asian Indian ☐ Black o African American
☐ Chinese ☐ Filipino ☐ Guamanian o Chamorro ☐ Japanese ☐ Korean
☐ Katutubong taga-Hawaii ☐ Ibang Asian ☐ Ibang Pacific Islander ☐ Samoan ☐ Vietnamese
☐ White ☐ **Pinili kong huwag sagutin**

Pumili ng isa kung gusto mong magpadala kami sa iyo ng impormasyon na nasa ibang wika bukod sa Ingles.

☐ Spanish ☐ Chinese ☐ Korean ☐ Vietnamese ☐ Tagalog ☐ Arabic ☐ Armenian
☐ Cambodian ☐ Farsi ☐ Russian

Pumili ng isa kung gusto mong magpadala kami sa iyo ng impormasyon na nasa naa-access na format.

☐ Braille ☐ Malaking print ☐ Audio CD
Pakitawagan ang Wellcare sa 1-844-917-0175 kung kailangan mo ng impormasyon na nasa naa-access na format bukod sa nakalista sa itaas. Mula Lunes hanggang Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. (lahat ng time zone) ang aming mga oras ng opisina. Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa 711.

---

1. Nagtatrabaho ka ba? ☐ Oo ☐ Hindi

2. Nagtatrabaho ba ang iyong asawa? ☐ Oo ☐ Hindi

Ilista ang iyong Doktor sa Pangunahing Pangangalaga (PCP), klinika o health center:

Gusto kong makuha ang mga sumusunod na materyal sa pamamagitan ng email.

Pumili ng isa o mahigit pa.

☐ Ebidensya ng Saklaw (EOC)

☐ Padalhan ako ng link para matanggap sa online ang mga materyal tungkol sa aking benepisyo

E-mail address:

©Wellcare 2022

Pagbabayad ng iyong mga premium sa plano

Maaari mong bayaran ang iyong buwanang premium sa plano (kabilang ang anumang multa dahil sa nahuling pag-enroll na kasalukuyang nakapataw sa iyo o maaaring hindi mo pa nababayaran) sa pamamagitan ng koreo, "Electronic Funds Transfer (EFT)", o "credit card" bawat buwan. **Maaari mo ring piliing bayaran ang iyong premium sa pamamagitan ng awtomatikong pagbawas nito sa iyong benepisyo mula sa Social Security o Railroad Retirement Board (RRB) kada buwan.**

Kung kakailanganin mong magbayad ng Buwanang Pagsasaayos sa Halaga para sa Bahagi D na May Kaugnayan sa Kita (Bahagi D-IRMAA), dapat mong bayaran ang karagdagang halaga na ito bukod sa iyong premium sa plano. Karaniwang kinukuha ang halaga sa iyong benepisyo mula sa Social Security, o maaari kang makatanggap ng bayarin mula sa Medicare (o sa RRB). HUWAG magbayad sa Wellcare ng Bahagi D-IRMAA.

Kung hindi ka pipili ng opsyon sa pagbabayad, makakatanggap ka ng bayarin kada buwan.

Mangyaring pumili ng opsyon sa pagbabayad ng premium:

☐ Makatanggap ng bayarin

☐ Awtomatikong pagbawas sa iyong buwanang tsekeng benepisyo mula sa Social Security o Railroad Retirement Board (RRB). Nakakatanggap ako ng mga buwanang benepisyo mula sa:
☐Social Security ☐ RRB

(Ang pagbawas sa Social Security/RRB ay maaaring abutin nang dalawa o higit pang buwan bago magsimula mula sa panahong naaprubahan ng Social Security o RRB ang pagbawas. Sa karamihan ng sitwasyon, kung tatanggapin ng Social Security o RRB ang iyong kahilingan para sa awtomatikong pagbawas, isasama sa unang pagbawas sa iyong benepisyong tseke mula sa Social Security o RRB ang lahat ng premium na dapat bayaran mula sa petsa ng pagkakaroon ng bisa ng iyong pag-enroll hanggang sa punto ng pagsisimula ng pagbawas. Kung hindi aaprubahan ng Social Security o RRB ang iyong kahilingan para sa awtomatikong pagbawas, magpapadala kami sa iyo ng bayarin para sa mga buwanang premium mo.)

PAHAYAG SA BATAS SA PAGKAPRIBADO

Nangongolekta ang Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) ng impormasyon mula sa mga plano ng Medicare para subaybayan ang enrollment ng benepisyaryo sa mga Medicare Advantage (MA) na Plano, para mapaganda ang pangangalaga, at para makapagbayad para sa mga benepisyo ng Medicare. Pinapahintulutan ng Mga Seksyon 1851 at 1860D-1 ng Social Security Act at ng 42 CFR §§ 422.50 at 422.60 ang pangongolekta ng ganitong impormasyon. Pinapayagan ang CMS sa paggamit, pagpapahayag, at pakikipagpalit ng data ng enrollment mula sa mga benepisyaryo ng Medicare alinsunod sa System of Records Notice (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", System No. 09-70-0588. Boluntaryo ang pagsagot mo sa form na ito. Gayunpaman, maaaring makaapekto sa pagpapa-enroll mo sa plano ang hindi mo pagsagot dito.

©Wellcare 2022

GAGAMITIN LANG NG TANGGAPAN:

Pangalan ng miyembro ng staff/agent/broker (kung may tumutulong sa pag-enroll):

ID # ng Plano:

Petsa ng pagkakaroon ng bisa ng saklaw: M M D D Y Y Y Y

☐ ICEP/IEP ☐ AEP SEP (uri): ☐ Hindi kwalipikado

Sales representative/Awtorisadong agent ng Wellcare
(indibiduwal na sales representative/agent na nagkumpleto ng application)
Uri ng agent (pumili ng isa): ☐ Awtorisadong agent ☐ Empleyado ng Wellcare
Kumpletuhin ang seksyon na nasa ibaba:

Pangalan ng Sales rep/Agent

Sales rep/NPN # ng Agent

Agency/affiliation sa FMO: (kung naaangkop)

ID # ng Agent:

Dapat tumugma ang impormasyong ito sa iyong aprubadong mga rekord ng lisensya sa Wellcare.

 # ng telepono ng agent: – –

Email

 # ng telepono ng Agency/FMO (kung naaangkop) – –

Petsa ng pagtanggap ng application ng sales representative/ awtorisadong agent: M M D D Y Y Y Y
(Dapat matanggap sa Wellcare ang mga application sa loob ng 1 araw sa kalendaryo ng petsang ito.)

Lokasyon ng pagtanggap ng application: ☐ Appointment ☐ Sales event ☐ Walk-in

☐ Iba pa (tukuyin):

Impormasyon ng provider para sa mga HMO plan:

Pangalan ng PCP: PCP NPI:

Pangalan ng PPG: ID ng PPG:

Tinatanggap ba ang piniling PCP/PPG para sa piniling plano? ☐ Oo ☐ Hindi

Kasalukuyang pasyente ba? ☐ Oo ☐ Hindi

Impormasyon ng piniling doktor para sa mga PPO na plano:

Pangalan ng POC: POC/PCP NPI:

Address ng POC:

Petsa ng pagkakaroon ng bisa: M M D D Y Y Y Y

Mga Pagsusumite ng Application ng Broker: Dapat i-fax ng sales representative/Agent ang Scope ng Appointment at mga Enrollment Form sa 1-844-222-3180.

©Wellcare 2022

Karaniwan na maaari ka lang mag-enroll sa Medicare Advantage na plano sa panahon ng taunang enrollment mula Oktubre 15 hanggang Disyembre 7 ng bawat taon. May mga eksepsyon na maaaring magpahintulot sa iyong mag-enroll sa Medicare Advantage na plano kahit na wala sa panahon na ito.

Pakibasa nang mabuti ang mga sumusunod na pahayag at lagyan ng tsek ang kahon kung naaangkop sa iyo ang pahayag. Sa paglalagay ng tsek sa alinman sa mga sumusunod na kahon, pinatutunayan mo na, sa abot ng iyong kaalaman, kwalipikado ka para sa Panahon ng Pag-eenroll. Kung malalaman namin sa ibang pagkakataon na mali ang impormasyong ito, maaari kang matanggal sa pagkaka-enroll.

- ☐ Bago ako sa Medicare.
- ☐ Naka-enroll ako sa isang Medicare Advantage na plano at gusto kong magsagawa ng pagbabago sa Panahon ng Bukas na Enrollment sa Medicare Advantage (MA OEP).
- ☐ Lumipat ako kamakailan sa labas ng pinagseserbisyuhang lugar para sa aking kasalukuyang plano o kakalipat ko lang at bagong opsyon para sa akin ang planong ito. Lumipat ako noong (ilagay ang petsa). M M D D Y Y Y Y
- ☐ Kakalabas ko lang mula sa kulungan. Pinalabas ako noong (ilagay ang petsa). M M D D Y Y Y Y
- ☐ Kakabalik ko lang sa Estados Unidos pagkatapos manirahan nang permanente sa labas ng U.S. Bumalik ako sa U.S. noong (ilagay ang petsa). M M D D Y Y Y Y
- ☐ Kamakailan lang akong nagkaroon ng legal na status sa pananatili sa Estados Unidos. Nakuha ko ang status na ito noong (ilagay ang petsa). M M D D Y Y Y Y
- ☐ Nagkaroon ako ng pagbabago kamakailan sa aking Medicaid (kakakuha lang ng Medicaid, nagkaroon ng pagbabago sa antas ng tulong ng Medicaid, o nawalan ng Medicaid) noong (ilagay ang petsa). M M D D Y Y Y Y
- ☐ Nagkaroon ako ng pagbabago kamakailan sa aking *Karagdagang Tulong (Extra Help)* sa pagbabayad ng saklaw sa inireresetang gamot ng Medicare (kakakuha lang ng *Karagdagang Tulong (Extra Help)*, nagkaroon ng pagbabago sa antas ng *Karagdagang Tulong (Extra Help)*, o nawalan ng *Karagdagang Tulong (Extra Help)* noong (ilagay ang petsa). M M D D Y Y Y Y
- ☐ Mayroon akong parehong Medicare at Medicaid (o tinutulungan ako ng estado sa pagbabayad ng aking mga premium sa Medicare) o nakakatanggap ako ng *Karagdagang Tulong (Extra Help)* sa pagbabayad ng aking saklaw sa inireresetang gamot ng Medicare, ngunit wala akong naging pagbabago rito.
- ☐ Ako ay lilipat sa, nakatira sa, o kamakailang umalis sa isang Pasilidad para sa Pangmatagalang Pangangalaga (halimbawa, isang nursing home o pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga). Ako ay lumipat/lilipat o lumabas/lalabas ng pasilidad sa/noong (ilagay ang petsa). M M D D Y Y Y Y

©Wellcare 2022

- ☐ Kakaalis ko lang sa isang programa ng PACE noong (ilagay ang petsa). M M D D Y Y Y Y
- ☐ Nawalan ako kamakailan ng creditable na saklaw sa inireresetang gamot (saklaw na katumbas ng mayroon sa Medicare) at hindi ko ito kusang-loob na ginawa. Nawala ang pagsaklaw sa aking gamot noong (ilagay ang petsa). M M D D Y Y Y Y
- ☐ Aalis ako sa saklaw na ibinibigay ng employer o unyon sa (ilagay ang petsa). M M D D Y Y Y Y
- ☐ Kasali ako sa tulong na programa ng parmasya na ibinibigay ng aking estado.
- ☐ Tatapusin na ng aking plano ang kontrata nito sa Medicare, o tatapusin na ng Medicare ang kontrata nito sa aking plano.
- ☐ Naka-enroll ako sa isang plano ng Medicare (o ng aking estado) at gusto kong pumili ng ibang plano. Nakatala ako sa planong iyon simula noong (ilagay ang petsa). M M D D Y Y Y Y
- ☐ Naka-enroll ako sa isang Special Needs Plan (SNP) ngunit nawala sa akin ang mga kwalipikasyon sa espesyal na mga pangangailangan para mapabilang sa planong iyon. Inalis ako sa pagkaka-enroll sa SNP noong (ilagay ang petsa). M M D D Y Y Y Y
- ☐ Naapektuhan ako ng emergency o matinding sakuna (alinsunod sa idineklara ng Pederal na Ahensya sa Pamamahala ng Emergency (FEMA) o ng Pederal, pang-estado, o lokal na entity ng pamahalaan. Naaangkop sa akin ang isa sa iba pang pahayag dito, pero hindi ako nakagawa ng kahilingan para sa pag-enroll dahil sa sakuna.
  Nalagpasan ko ang Panahon ng Enrollment para sa: _____

Kung wala sa mga pahayag na ito ang naaangkop sa iyo o kung hindi ka sigurado, mangyaring tumawag sa Wellcare sa 1-844-917-0175 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) para malaman kung kwalipikado kang mag-enroll. Bukas kami Lunes - Linggo, 8 am - 8 pm (lahat ng time zone).

Ayon sa Batas sa Pagbabawas ng Paperwork ng 1995, walang sinuman ang kinakailangang tumugon sa pangongolekta ng impormasyon maliban kung nagpapakita ito ng wastong control number ng OMB. Ang wastong control number ng OMB para sa pangongolekta ng impormasyong ito ay 0938-1378. Tinatayang nasa halos 20 minuto bawat pagtugon ang kailangang oras para makumpleto ang pangongolekta ng impormasyong ito. Kasama rito ang oras ng pagsusuri ng mga instruksyon, paghahanap sa mga magagamit na mapagkukunan ng mga datos, pagkalap ng kinakailangang mga datos, at pagkumpleto at pagsusuri sa pangongolekta ng impormasyon. Kung may komento ka tungkol sa pagiging tama ng (mga) pagtatantiya ng oras o mga suhestyon para mapaganda ang form na ito, mangyaring sumulat sa: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Dapat mong patuloy na bayaran ang iyong premium sa Bahagi B ng Medicare. Gayunpaman, para sa mga full-dual na benepisyaryo, sasaklawin ng Estado ang iyong premium sa Bahagi B hangga't nananatili kang kwalipikado sa Medicaid.

©Wellcare 2022