

Đơn Yêu Cầu Ghi Danh Dành Cho Cá Nhân để Ghi Danh vào Chương Trình Medicare Advantage (Phần C)

OMB Số 0938-1378
Ngày hết hạn: 7/31/2024



Ai có thể sử dụng mẫu đơn 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 hiện diện hợp pháp ở Hoa Kỳ.
- Sống tại khu vực dịch vụ của chương trình

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

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

Tôi sử dụng mẫu đơn này khi nào?

Quý vị có thể tham gia một chương trình:

- Từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 hàng năm (đối với 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 tham gia vào một chương trình.

Tôi cần những gì để hoàn thành mẫu đơn này?

- Số Medicare của quý vị (số trên thẻ Medicare đỏ, trắng và xanh của quý vị)
- Địa chỉ thường trú và 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 ghi danh mở mùa thu (ngày 15 tháng 10 – ngày 7 tháng 12), quý vị phải hoàn tất mẫu đơn của chương trình chậm nhất vào ngày 7 tháng 12.
- Chương trình của quý vị sẽ gửi một hóa đơn lệ phí bảo hiểm của chương trình đó cho quý vị. Quý vị có thể chọn đăng ký thanh toán lệ phí bảo hiểm bằng cách trừ vào tài khoản ngân hàng của quý vị hoặc trợ cấp An Sinh Xã Hội (hoặc Ủy Ban Hưu Trí Ngành Hỏa Xa) hàng tháng của quý vị.

Những việc cần làm tiếp theo?

Gửi mẫu đơn đã điền đầy đủ thông tin 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.

Tôi có thể được trợ giúp về mẫu đơn này bằng cách nào?

Hãy gọi cho Wellcare By Health Net theo số 1-844-917-0175. Người dùng TTY có thể gọi số 711.

Hoặc gọi đến Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

Người vô gia cư

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình nhưng không có địa chỉ thường trú, thì Hộp Thư Bưu Điện, địa chỉ nơi ở hoặc phòng khám hoặc địa chỉ nhận thư (ví dụ: séc an sinh xã hội) có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.



LƯU Ý QUAN TRỌNG

Không gửi mẫu đơn này hoặc bất kỳ tài liệu nào chứa thông tin cá nhân của quý vị (chẳng hạn như yêu cầu bảo hiểm, chứng từ thanh toán, hồ sơ bệnh án, v.v.) đến Văn Phòng Giải Quyết Báo Cáo PRA. Chúng tôi sẽ tiêu hủy bất kỳ tài liệu nào mà chúng tôi nhận được nếu không có nội dung về cách cải thiện mẫu đơn này hoặc trách nhiệm thu thập mẫu đơn (được nêu trong OMB 0938-1378). Chúng tôi sẽ không giữ lại, xem xét hoặc chuyển tiếp tài liệu đó đến chương trình. Xem phần “Những việc cần làm tiếp theo?” trên trang này để gửi mẫu đơn đã hoàn tất cho chương trình.

Phần 1 – Tất cả các trường trên trang này là trường 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 \$133 mỗi tháng
- 039** Hạt Yolo, CA \$100 mỗi tháng
- 084** Các hạt Placer và Sacramento, CA \$163 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
- 103** Các hạt Amador, Contra Costa và Yolo, CA \$0 mỗi tháng
- 124** Các hạt Placer và Sacramento, CA \$0 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, San Mateo, Solano 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

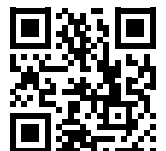
- 092** Các hạt Kern, Los Angeles và Orange, CA \$0 mỗi tháng
- 118** Các hạt Fresno và San Francisco, CA \$0 mỗi tháng

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
- 128** Các hạt San Mateo và Solano, CA \$0 mỗi tháng

¹Quý vị phải đáp ứng các tiêu chí ghi danh cụ thể khi ghi danh vào 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 trường 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, Madera, Orange, San Francisco và Tulare, CA \$0 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 \$22 mỗi tháng

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

127 Các hạt Amador, Contra Costa, Fresno, Madera, Santa Clara và Tulare, CA \$10.30 mỗi tháng

Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)¹ H0562 – bao gồm bảo hiểm thuốc theo toa

129 Các hạt Los Angeles, Riverside, San Bernardino và San Diego, CA \$0 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 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 ghi danh cụ thể khi ghi danh vào chương trình này.

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



Các Phúc Lợi Bổ Sung Tùy Chọn khi đóng thêm lệ phí bảo hiểm hàng tháng

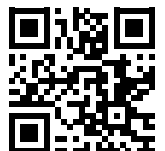
TÊN CHƯƠNG TRÌNH	PHÚC LỢI BỔ SUNG TÙY CHỌN
Wellcare Premium Ultra (HMO) – H0562 – 009	<input type="checkbox"/> Centene Enhanced Dental, Vision & Wellness Plus \$26 mỗi tháng
Wellcare Premium Ultra (HMO) – H0562 – 039 H0562 – 084	<input type="checkbox"/> Centene Enhanced Vision & Wellness Plus \$16 mỗi tháng
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	<input type="checkbox"/> Centene Enhanced Dental \$11 mỗi tháng

Số tiền lệ phí bảo hiểm chương trình hàng tháng (bao gồm cả số tiền lệ phí bảo hiểm cho gói phúc lợi bổ sung tùy chọn)

\$

Ngày yêu cầu có hiệu lực

M M D D Y Y Y Y



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

Tên	Họ	Tùy chọn: Chữ đầu của tên đệm
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ngày sinh	Giới tính	Số điện thoại
<input type="text"/> M M D D Y Y Y Y	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

Địa chỉ thường trú (Không nhập số Hộp Thư Bưu Điện)

Thành Phố	Tùy chọn: Hạt	Tiểu Bang	Mã ZIP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Địa chỉ gửi thư, nếu khác với địa chỉ thường trú (cho phép điền Hộp Thư Bưu Điện)

Địa chỉ đường

Thành Phố	Tiểu Bang	Mã ZIP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Thông tin Medicare của quý vị:

Số Medicare	Được ủy quyền cho: Ngày có hiệu lực
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	BẢO HIỂM BỆNH VIỆN (Phần A)
	<input type="text"/>
	M M D D Y Y Y Y
	BẢO HIỂM Y TẾ (Phần B)
	<input type="text"/>
	M M D D Y Y Y Y

Hãy trả lời những câu hỏi quan trọng sau:

1. Quý vị có bảo hiểm thuốc theo toa khác (như VA, TRICARE) ngoài Wellcare không?

Có Không

Tên của bảo hiểm khác

Mã số hội viên của bảo hiểm này

Mã số nhóm cho bảo hiểm này

2. Quý vị có ghi danh vào chương trình Medicaid của Tiểu Bang không? Có Không

Nếu "Có", vui lòng cung cấp số Medicaid của quý vị:

3. Quý vị có bị Rối Loạn Tim Mạch, Suy Tim Mạn Tính (CHF) và/hoặc Tiểu Đường không?

Có Không



LƯU Ý QUAN TRỌNG: Hãy đọc và ký tên xuống bên dưới:

- Tôi phải giữ cả Bảo Hiểm Bệnh Viện (Phần A) và Bảo Hiểm Y Tế (Phần 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. Medicare có thể sử dụng thông tin này để theo dõi tình trạng ghi danh của tôi, thực hiện thanh toán và nhằm các mục đích khác được phép theo luật Liên Bang về việc cho phép thu thập thông tin này (xem Tuyên Bố theo Đạo Luật Bảo Vệ Quyền Riêng Tư dưới đây).
- Quý vị không bắt buộc phải trả lời các câu hỏi trong mẫu đơn này. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.
- Tôi hiểu rằng mỗi lần tôi chỉ được ghi danh vào một chương trình MA và việc tôi ghi danh vào chương trình này sẽ tự động chấm dứt tình trạng ghi danh của tôi vào chương trình MA khác (có các trường hợp ngoại lệ đối với các chương trình MA PFFS, MA MSA).
- 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 Từ Bảo Hiểm” Wellcare của tôi (còn được gọi là hợp đồng hội 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 những người tham gia Medicare thường không được Medicare bao trả khi ở nước ngoài, ngoại trừ phạm vi bảo hiểm giới hạn ở gần biên giới Hoa Kỳ.
- Theo hiểu biết tốt nhất của tôi, thông tin trên mẫu đơn ghi danh này là chính xác. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố ý cung cấp thông tin sai trên mẫu đơn này, tôi sẽ bị rút tên khỏi chương trình.
- 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 ghi danh này và
 - 2) Giấy tờ về sự ủy quyền này sẽ được cung cấp 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 ghi danh

--



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

Quý vị có thể lựa chọn trả lời hoặc không trả lời những câu hỏi này. Quý vị sẽ không bị từ chối bảo hiểm vì không trả lời.

Quý vị có phải là người gốc Hispanic, Latinh hoặc Tây Ban Nha không? Chọn tất cả các phương án phù hợp.

- Không, không phải người gốc Hispanic, Latinh hoặc Tây Ban Nha
 Có, người Mexico, người Mỹ gốc Mexico, người Chicano Có, Người Puerto Rico
 Có, người Cuba Có, người gốc Hispanic, Latinh hoặc Tây Ban Nha khác
 Tôi chọn không trả lời

Quý vị thuộc chủng tộc nào? Chọn tất cả các phương án phù hợp.

- Người Mỹ Bản Địa hoặc Người Alaska Bản Địa Người Mỹ gốc Châu Á
 Người Mỹ Da Đen hoặc Người Mỹ gốc Phi Người Trung Quốc Người Philipines
 Người Guam hoặc Chamorro Người Nhật Bản Người Hàn Quốc Người Hawaii Bản Xứ
 Người Châu Á Khác Người Dân Đảo Thái Bình Dương Khác Người Samoa
 Người Việt Nam Người Da Trắng **Tôi chọn không trả lời**

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 Tiếng Hàn Tiếng Việt Tiếng Tagalog Tiếng Ả Rập
 Tiếng Armenia Tiếng Campuchia Tiếng Ba Tư Tiếng Nga

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 Bản in khổ chữ lớn CD âm thanh

Vui lòng liên hệ với Wellcare theo số 1-844-917-0175 nếu quý vị cần thông tin ở định dạng có thể truy cập khác với định dạng được liệt kê ở trên. Thời gian làm việc của chúng tôi từ thứ Hai đến Chủ Nhật, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (mọi múi giờ) Người dùng TTY có thể gọi số 711.

1. Quý vị có đi làm không? Có Không
2. Vợ/chồng quý vị có đi làm không? Có Không

Liệt kê Bác Sĩ Gia Đình (PCP), phòng khám hoặc trung tâm y tế điều trị cho quý vị:

Tôi muốn nhận các tài liệu sau qua email.

Chọn một hoặc nhiều.

- Chứng Từ Bảo Hiểm (EOC)
 Gửi cho tôi liên kết để nhận tài liệu về phúc lợi của mình qua mạng

*Địa chỉ e-mail:



Thanh toán lệ phí bảo hiểm chương trình của quý vị

Quý vị có thể thanh toán lệ phí bảo hiểm chương trình hàng tháng (bao gồm bất kỳ khoản tiền phạt do ghi danh muộn nào mà quý vị hiện đang có hoặc có thể nợ) qua đường bưu điện, phương thức “Chuyển Tiền Điện Tử (EFT)” hoặc “thẻ tín dụng” mỗi tháng. **Quý vị cũng có thể chọn thanh toán lệ phí bảo hiểm bằng cách tự động khấu trừ từ trợ cấp An Sinh Xã Hội hoặc Ủy Ban Hưu Trí Ngành Hỏa Xa (RRB) mỗi tháng.**

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

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

Vui lòng chọn một phương thức thanh toán lệ phí bảo hiểm:

- Nhận hóa đơn
- Tự động khấu trừ vào séc trợ cấp An Sinh Xã Hội hoặc của Ủy Ban Hưu Trí Ngành Hỏa Xa (RRB) hàng tháng. Tôi nhận được trợ cấp hàng tháng từ: An Sinh Xã Hội RRB
- (Việc khấu trừ từ An Sinh Xã Hội/RRB có thể cần hai tháng trở lên mới được áp dụng sau khi An Sinh Xã Hội hoặc RRB phê duyệt việc khấu trừ. Trong hầu hết trường hợp, nếu Sở An Sinh Xã Hội hoặc RRB chấp thuận yêu cầu khấu trừ tự động của quý vị, thì khoản khấu trừ đầu tiên từ séc trợ cấp An Sinh Xã Hội hoặc RRB của quý vị sẽ bao gồm tất cả các khoản lệ phí bảo hiểm đến hạn từ ngày ghi danh của quý vị có hiệu lực đến ngày bắt đầu khấu trừ. Nếu Sở An Sinh Xã Hội hoặc RRB không phê duyệt yêu cầu khấu trừ tự động của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị hóa đơn giấy thông báo lệ phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị.)

TUYÊN BỐ THEO ĐẠO LUẬT BẢO VỆ QUYỀN RIÊNG TƯ

Các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc ghi danh của người thụ hưởng trong Chương Trình Medicare Advantage (MA), để 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 ghi danh của người thụ hưởng Medicare như được nêu trong Thông Báo Hệ Thống Hồ Sơ (SORN) “Thuốc Theo Toa Medicare Advantage (MARx)”, Hệ Thống Số 09-70-0588. Quý vị không bắt buộc phải trả lời các câu hỏi trong mẫu đơn này. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.



DÀNH RIÊNG CHO VĂN PHÒNG:Tên của nhân viên/đại lý/người môi giới (nếu được hỗ trợ ghi danh): Số ID Chương Ngày bảo hiểm

Trình:

có hiệu lực: M M D D Y Y Y Y

 ICEP/IEP AEP SEP (loại): Không hội đủ điều kiện**Đại diện bán hàng/Đại lý được ủy quyền của Wellcare**

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

Loại đại lý (chọn một): Đại lý được ủy quyền Nhân viên Wellcare**Hoàn thành phần bên dưới:**

Tên đại diện bán hàng/đại lý

Số NPN của đại diện bán hàng/đại lý

Chi nhánh đại lý/FMO:

(nếu có)

Số ID của Đại Lý:

Thông tin này phải khớp với hồ sơ cấp phép Wellcare đã được phê duyệt của quý vị.Số điện thoại của đại lý: - - **Email**

Số điện thoại của đại lý/FMO (nếu có)

 - - **Ngày nhận đơn đăng ký từ đại diện bán hàng/đại lý được ủy quyền:**

(Đơn đăng ký phải được tiếp nhận tại Wellcare trong vòng 1 ngày theo lịch tính từ ngày này.)

M M D D Y Y Y Y

Nơi tiếp nhận mẫu đơn: Buổi hẹn Sự kiện bán hàng Nhận tại nhà cung cấp Khác (nêu rõ): **Thông tin nhà cung cấp đối với các chương trình HMO:**Tên PCP: NPI PCP: Tên PPG: ID PPG: PCP/PPG được chọn có được chấp nhận cho chương trình đã chọn không? Có KhôngCó phải quý vị hiện đang là bệnh nhân không? Có Không**Thông tin về bác sĩ được chọn đối với các chương trình PPO:**Tên POC: NPI POC/PCP: Địa chỉ POC: Ngày có hiệu lực:

M M D D Y Y Y Y

Nộp Đơn Đăng Ký Qua Người Môi Giới: Đại diện bán hàng/Đại lý phải gửi fax Mẫu Đơn Ghi Danh và Phạm Vi Chỉ Định đến số 1-844-222-3180.

Thông thường, quý vị chỉ có thể ghi danh tham gia chương trình Medicare Advantage trong giai đoạn ghi danh hàng năm từ ngày 15 tháng 10 đến hết ngày 7 tháng 12 mỗi năm. Có các trường hợp ngoại lệ có thể cho phép quý vị ghi danh tham gia chương trình Medicare Advantage ngoài khoảng thời gian này.

Vui lòng đọc kỹ nội dung dưới đây và đánh dấu vào ô nếu nội dung tương ứng đúng với quý vị. Khi đánh dấu vào bất kỳ ô nào bên dưới, quý vị xác nhận rằng theo tất cả hiểu biết của quý vị, quý vị hội đủ điều kiện tham gia Giai Đoạn Ghi Danh. Nếu sau đó chúng tôi xác định được rằng thông tin này không chính xác, quý vị có thể bị rút tên khỏi chương trình.

Tôi mới tham gia Medicare.

Tôi đang tham gia chương trình Medicare Advantage và muốn thay đổi trong Giai Đoạn Ghi Danh 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 dành cho tôi. Tôi đã chuyển đi vào ngày (điền ngày).

M	M	D D Y Y Y Y

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

M	M	D D Y Y Y Y

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

M	M	D D Y Y Y Y

Tôi mới nhận được tư cách hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ. Tôi nhận được tư cách này vào ngày (điền ngày).

M	M	D D Y Y Y Y

Tôi mới có thay đổi về Medicaid của mình (mới nhận được Medicaid, có thay đổi về mức trợ cấp Medicaid hoặc mất Medicaid) vào ngày (điền ngày).

M	M	D D Y Y Y Y

Tôi mới có thay đổi về *Trợ Giúp Bổ Túc (Extra Help)* thanh toán cho bảo hiểm thuốc theo toa Medicare (mới nhận được *Trợ Giúp Bổ Túc (Extra Help)*, thay đổi mức *Trợ Giúp Bổ Túc* hoặc mất *Trợ Giúp Bổ Túc (Extra Help)*) vào ngày (điền ngày).

M	M	D D Y Y Y Y

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

Tôi sắp chuyển đến, sống ở hoặc mới chuyển ra khỏi Cơ Sở Chăm Sóc Dài Hạn (ví dụ: viện dưỡng lão 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 tín nhiệm của mình (bảo hiểm tốt như của Medicare). Tôi làm mất bảo hiểm thuốc của mình vào ngày (điền ngày).

M	M	D D Y Y Y Y

Tôi sắp kết thúc bảo hiểm của hãng sở hoặc công đoàn vào ngày (điền ngày).

M	M	D D Y Y Y Y

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 ghi danh tham gia một chương trình của Medicare (hoặc của tiểu bang của tôi) và tôi muốn chọn một chương trình khác. Tôi bắt đầu ghi danh tham gia vào chương trình đó từ ngày (điền ngày).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

Tôi đã ghi danh tham gia Chương Trình Special Needs (SNP) nhưng tôi không còn đủ điều kiện về nhu cầu đặc biệt cần có để tham gia chương trình đó. Tôi đã bị rút tên khỏi SNP vào ngày (điền ngày).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

Tôi bị ảnh hưởng bởi thảm họa khẩn cấp hoặc thảm họa nghiêm trọng (theo tuyên bố của Cơ Quan Quản Lý Trường Hợp 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 ghi danh vì thảm họa này.

Tôi đã bỏ lỡ Giai Đoạn Ghi Danh vì:

--

Nếu không có câu nào trong số này đúng với quý vị hoặc quý vị không chắc chắn, vui lòng liên hệ với Wellcare theo số 1-844-917-0175 (người dùng TTY nên gọi số 711) để biết quý vị có hội đủ điều kiện ghi danh không. Chúng tôi làm việc từ thứ Hai đến Chủ Nhật, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (mọi múi giờ)

Theo Đạo Luật Cắt Giảm Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không người nào bắt buộc phải trả lời mẫu thu thập thông tin trừ khi yêu cầu này có số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho mẫu thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian cần thiết để hoàn thành thông tin này ước tính trung bình 20 phút trên mỗi phần trả lời, bao gồm thời gian xem hướng dẫn, tìm kiếm nguồn dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, điền thông tin và xem lại mẫu thu thập thông tin. Nếu quý vị có bất kỳ ý kiến nào liên quan đến tính chính xác của (các) con số ước tính thời gian hoặc có đề xuất cải thiện biểu mẫu này, vui lòng viết thư gửi đến: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

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



