

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

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



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?

Call 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.

Puwedeng tumawag sa call 1-877-486-2048 ang mga gumagamit ng TTY.

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 nakatanggap 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.

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

Piliin ang planong gusto mong salihan:

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561 – kasama ang pagsaklaw sa iniresetang gamot

001

\$0 kada buwan

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) H3561 – kasama ang pagsaklaw sa iniresetang gamot

008

\$0 kada buwan

¹ Dapat mong matugunan ang tiyak na pamantayan sa pag-enrol para makapag-enrol sa planong ito.



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

Pangalan: Apelyido: Osyonal: Gitnang Inisyal

Petsa ng kapanganakan Kasarian Lalaki Babae
 M M D D Y Y Y Y

Numero ng telepono - - Uri ng telepono Home Cell

Osyonal: Sumali sa pagmemensahe sa pamamagitan ng text: Oo Hindi

Osyonal: Sekondaryong Numero ng Telepono - - Uri ng telepono Home Cell

Sa pamamagitan ng pagsali, sumasang-ayon ka na tumanggap ng mga text na mensahe mula sa amin para mga pangkalahatang-ideya ng benepisyo, pang-welcome na mga text, at regular na plano ng pagtulong. Puwede kang huwag nang sumali anumang oras.

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)

Street 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)

MEDICAL (Bahagi B)

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-enrol ka ba sa programa ng Medicaid ng iyong Estado? Oo Hindi

Kung “Oo,” pakibigay ang iyong numero sa Medicaid:



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-enrol



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 ng impormasyon sa iyo sa isang naa-access na pormat.

- Braille Malaking print Audio CD

Mangyaring makipag-ugnayan sa Wellcare sa 1-844-917-0175 kung kailangan mo ng impormasyon sa isang naa-access na pormat na wala sa mga 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 asawa mo? Oo Hindi

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

E-mail address:

Mangyaring tandaan na sa pamamagitan ng pagbibigay ng iyong email address, sumasang-ayon ka na makatanggap ng mga email mula sa amin. Bibigyan ka namin ng pagkakataon na sumali at puwede ka palaging huwag nang sumali sa hinaharap sa mga komunikasyon sa pamamagitan ng email.

Gustong pamamaraan ng pakikipag-ugnayan: Telepono Text Email

*Mangyaring tandaan na puwedeng ipadala ang mga komunikasyon na wala sa 'Gustong pamamaraan ng pakikipag-ugnayan.'



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 benepisyong 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 benepisyong 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, makatanggap ka ng bayarin kada buwan.

Mangyaring pumili ng opsyon sa pagbabayad ng premium:

- Makatanggap ng bayarin
- Awtomatikong pagbawas sa iyong buwanang tsekeng benepisyong mula sa Social Security o Railroad Retirement Board (RRB). Nakatanggap ako ng mga buwanang benepisyong 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 benepisyong ng Medicare. Pinahihintulutan ng mga Seksyon 1851 ng Batas sa Seguridad ng Lipunan at 42 CFR §§ 422.50 at 422.60 ang pagkolekta ng impormasyong ito 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.



GAGAMITIN LANG NG TANGGAPAN:Pangalan ng miyembro ng staff/agent/broker (kung may tumutulong sa pag-enrol): 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:**

(Dapat matanggap sa Wellcare ang mga application sa loob ng 1 araw sa kalendaryo ng petsang ito.)

M M D D Y Y Y Y**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: PPG ID: Tinatanggap ba ang piniling PCP/PPG para sa piniling plano? Oo HindiKasalukuyang pasyente ba? Oo Hindi**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.

Pagpapatunay ng Pagiging Kwalipikado para sa Panahon ng Enrollment

Karaniwan, puwede ka lamang mag-enrol sa isang plano ng Medicare Advantage sa panahon ng taunang pag-enrol 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-reenroll. 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 nakatanggap 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



- 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.
Nalagasan 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.

