

2026 年投保 Medicare Advantage 计划 (c 部分) 个人投保申请表



OMB No. 0938-1378
Expires: 12/31/2026

In Partnership With CalViva HEALTH



在此检查您的申请状态：
wellcare.com/applicationtracker

谁可以使用此表格？

拥有 Medicare 并希望加入 Medicare Advantage 计划的人

要加入计划，您必须：

- 是美国公民或合法居住在美国
- 居住在该计划的服务区域内

重要：要加入 Medicare Advantage 计划，您还必须同时拥有以下两项：

- Medicare Part A (医院保险)
- Medicare Part B (医疗保险)

何时使用此表格？

您可以在以下时间加入计划：

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日 (保险 1 月 1 日开始)
- 首次获得 Medicare 后 3 个月内
- 在某些您获许加入或切换计划的情况下

请访问 Medicare.gov 了解何时可以注册计划的更多信息。

需要什么来填写此表格？

- 您的 Medicare 编号 (红、白、蓝 Medicare 卡上的编号)
- 您的永久地址和手机号码

注：您必须填写第 1 部分的所有项目。第 2 部分中的项目为可选 - 您不会因未填写而被拒绝承保。

无家可归者

- 如果您现在或将来有无家可归的经历，并且您希望投保某项计划，但没有永久住所，那么，邮箱、收容所或诊所的地址或您接收邮件的地址 (例如，社会保障支票) 都可以视为您的永久居住地址。

重要

请勿将此表格或任何包含您个人信息 (例如索赔、付款、医疗记录等) 的材料发送至 PRA 报告清算办公室。我们收到的任何与如何改进此表格或其收集负担 (如 OMB 0938-1378 概述) 无关的材料都将被销毁。不会被保留、审查或转发给计划。请参见本页“接下来会怎样？”将您填写完整的表格发送给该计划。



是否想过改在 go.wellcare.com/HealthNetCA 投保？这是快速、安全且简单的申请方式。

提醒：

- 如果您想在秋季开放注册期间 (10 月 15 日至 12 月 7 日) 加入某个计划，该计划必须在 12 月 7 日之前收到您填写完整的表格。
- 您的计划将向您发送一份计划保费账单。您可以选择注册从您的银行账户或每月社会保障 (或铁路退休委员会) 福利中扣除保费。

接下来会怎样？

请将填妥并签名的表格发送至：

Wellcare By Health Net in Partnership with CalViva
HealthPO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

一旦他们处理您的加入申请，他们就会与您联系。

如何获得帮助以填写此表格？

致电 Wellcare By Health Net in Partnership with CalViva Health，电话：1-844-480-0680。
TTY 用户可致电 711。

或致电 Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，
服务时间为每周 7 天、每天 24 小时。
TTY 用户可致电 1-877-486-2048。



第 1 部分 – 本页所有字段均为必填项 (除非标记为可选)

请选择您要加入的计划:

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)¹ – 包括处方药承保

H3561-007-000 Fresno, Kings, Madera

每月 \$0

¹ 您必须满足特定的投保标准才能投保此计划。



第 1 部分 – 本页所有字段均为必填项（除非标记为可选）

名字	姓氏	可选： 中间名字字母缩写
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
出生日期	性别	电话号码
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
M M D D Y Y Y Y		可选：备用电话号码
		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
		电话类型
		<input type="checkbox"/> 住家电话 <input type="checkbox"/> 手机

可选：
电子邮件地址

可选：您独自使用互联网、电子邮件或短信时是否感觉舒服？ 是 否

可选：首选联系方式： 电话致电 短信 电子邮件

*请注意，通信可能会通过所选的“首选联系方式”之外的方式发送。

我们希望您享受成为会员的乐趣并了解您的计划。请提供您的电话号码和电子邮件，以便我们告知您申请状态。作为会员，我们将分享有用的信息，例如预期内容、保持健康、使用额外福利、寻找医生、我们的会员门户网站和其他重要内容。如果您不感兴趣，您可以选择退订某些短信和电子邮件。

我们希望您喜欢您的 Wellcare 计划。如果您的需求发生变化，而我们有其他更适合您的计划，我们会告诉您。我们只会谈论我们的计划。

（不要输入邮政信箱。注意：对于无家可归的个人，邮政信箱可能被视为您的永久居住地址）。 无家可归**永久居住地街道地址**

城市	可选：县	州	邮政编码
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

邮寄地址（如与永久地址不同，允许使用邮政信箱）**街道地址**

城市	州	邮政编码
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



您的 Medicare 信息：

Medicare 编号

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

拥有者：

医院 (A 部分)

医疗 (B 部分)

生效日期

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

M M D D Y Y Y Y

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

M M D D Y Y Y Y

请回答以下重要问题：

1. 除 Wellcare 外，您是否有其他处方药保险（例如 VA、TRICARE）？

是 否

其他保险的名称

--

此保险的会员编号

此保险的团体编号

--

--

2. 请提供您的州 Medicaid 计划编号：

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

请提供 D-SNP 计划的 Medicaid 编号。缺少 Medicaid 编号可能会导致 申请处理延迟，甚至可能被拒绝。

重要： 阅读并在下方签名：

- 我必须同时投保医院 (A 部分) 和医疗 (B 部分) 才能继续投保 Wellcare CalViva Health Dual Align。
- 我投保 Medicare Advantage 计划，即表示我确认 Wellcare CalViva Health Dual Align 会将我的信息与 Medicare 共享，Medicare 可能会使用这些信息来跟踪我的投保情况、支付费用以及用于联邦法律允许的其他用途（详见下方的《隐私法声明》）。您对此表格的回答完全出于自愿。但如果您不回复，则可能会影响您投保本计划。
- 我明白，我一次只能投保一个一个 MA 或 D 部分计划，投保本计划将自动终止我投保的另一个 MA 或 D 部分计划（MA PFFS、MA MSA 计划除外）。
- 我明白，当我的 Wellcare CalViva Health Dual Align 保险开始时，我必须从 Wellcare CalViva Health Dual Align 获得所有医疗和处方药福利。Wellcare CalViva Health Dual Align 提供的福利和服务以及我的 Wellcare CalViva Health Dual Align “承保范围说明书”文件（也称为会员手册、会员合同或认购人协议）中包含的福利和服务均在承保范围内。Medicare 和 Wellcare CalViva Health Dual Align 均不会支付不承保的福利或服务。



- 就我所知，此投保表格上的信息均正确无误。我明白，如果我故意在此表格上提供虚假信息，我将被从该计划退保。
- 我明白，我在本申请表上的签名（或合法授权代表我签名），即表示我已阅读并理解本申请表的内容。如果由授权代表签名（如上所述），此签名证明：
 - 1) 根据州法律，您被授权完成此投保，且
 - 2) 该授权的文件可根据 Medicare 的要求获得。

签署此文件，即表示我证明，据我所知，我所提供的所有信息均真实、完整和准确。我明白，如果确定该信息不正确，我可能会被退保。

今天日期

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

签名

如果您是授权代表，请在上方签名并填写以下
字段：

姓名

地址

电话号码

 - -

与投保人的关系



第 2 部分 – 本部分所有字段均为可选

您可以自主决定回答这些问题。您不会因为没有任何回答这些问题而被拒绝承保。

如果您希望我们以英语之外的语言向您发送信息，请选择其中一项。

西班牙语 苗语

如果您希望我们以可访问的格式向您发送信息，请选择其中一项。

盲文 大字版 音频 CD 数据 CD

如果您需要使用上述格式以外的无障碍格式提供的信息，请致电 1-844-480-0680 (TTY users can call 711) 与 Wellcare 联系。我们的服务时间为周日至周六，上午 8 点至晚上 8 点（所有时区）。

1. 您是否工作？ 是 否

2. 您的配偶是否工作？ 是 否

3. 您是否住在长期护理机构，例如护理院？ 是 否 如果“是”，请提供以下信息：
机构名称：

机构地址(街道及号码)

城市

州

邮政编码

电话号码

列出您的网络内初级保健医生 (PCP)、诊所或健康中心：

您可以在以下网站找到医疗服务提供者：findaprovider.healthnetcalifornia.com

提供 HMO 计划信息：

PPG 名称：

PPG ID：

所选的计划是否接受所选的 PCP/PPG？ 是 否

是否当前患者？ 是 否



支付您的保费

您可以通过邮寄、电子资金转帐 (EFT) 或信用卡每月支付月度计划保费 (包括您现有或可能欠下的任何延迟投保罚金)。您也可以选择每月从您的社会保障金或铁路退休委员会 (RRB) 福利中自动扣除保费来支付。

如果您必须支付 D 部分收入相关月度调整金额 (D 部分-IRMAA)，则您必须在计划保费之外支付这笔额外金额。该金额通常会从您的社会保障福利中扣除，否则您可能会从 Medicare (或 RRB) 收到帐单。不要向 Wellcare 支付 D 部分-IRMAA。

如果您没有选择付款方式，您每个月都会收到帐单。

请选择保费支付方式：

获取帐单

从您的每月社会保障金或铁路退休委员会 (RRB) 福利支票中自动扣除。我每月可从以下部门获得福利： 社会保障局 RRB

(在社会保障局或 RRB 批准扣除后，社会保障局/RRB 扣除可能需要两个月或更长时间才能开始。在大多数情况下，如果社会保障局/RRB 接受您的自动扣除请求，则从社会保障局/RRB 福利支票中进行的第一次扣除将包括从投保生效日期到扣缴开始时的所有保费。如果社会保障局或 RRB 不批准您的自动扣除请求，我们将向您发送每月保费的纸质帐单。)

仅供帮助投保人填写此表的个人使用

如果您是帮助投保人填写此表格的个人 (即代理人、经纪人、SHIP 顾问、家庭成员或其他第三方)，请完成此部分。

名称：_____ 与投保人的关系：_____

签名：_____ 全国生产商编号 (仅限代理商/经纪人)：_____

《隐私法声明》

Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 从 Medicare 计划中收集信息，以跟踪 Medicare Advantage (MA) 受益人的投保情况，改善护理，并用于 Medicare 福利付款。《社会保障法》第 1851 节和第 1860D-1 节以及《联邦法规汇编》(CFR) 第 42 卷第 422.50 节和第 422.60 节授权收集此类信息。CMS 可能会根据 Medicare Advantage 處方藥 (MARx) 记录系统通知 (SORN)

(系统编号为 09-70-0588) 中规定的条款，使用、披露和交换 Medicare 受益人的投保资料。您对此表格的回答完全出于自愿。但如果您不回复，则可能会影响您投保本计划。



仅供办公室使用： 签署并提交此文件，即表示我证明，据我所知，其中所提供的信息均真实、完整和准确。我明白，任何虚假陈述或遗漏都可能成为纪律处分的理由，直至终止我的预约和制作人协议。

工作人员/代理/经纪人姓名（如协助投保）：

计划
ID 编号：

承保生效日期：
M M D D Y Y Y Y

Wellcare 销售代表/授权代理（填写申请的个人销售代表/代理）

代理类型（选择一项）： 授权代理 Wellcare 雇员

填写一下部分：

销售代表/代理姓名 销售代表/代理 NPN 编号

机构/FMO隶属机构（如适用）：

这些信息必须与您已获批准的 Wellcare 许可记录相符。

代理电话号码： - -

电子邮件 机构/FMO 电话号码（如适用） - -

销售代表/授权代理申请受理日期：（申请必须在此日期后的 1 个日历日内送达 Wellcare。）
M M D D Y Y Y Y

申请接收地点： 预约 销售活动 无预订
 其他（请注明）：

经纪人申请提交： 销售代表/代理人必须将预约范围和投保表传真至 1-844-222-3180。



投保期资格证明

通常，您只能在每年10月15日至12月7日的年度投保期间投保加入 Medicare Advantage 计划。还有一些例外情况，可能允许您在年度投保期之外加入 Medicare Advantage 计划。如果这是您第一次享受 Medicare 福利，并且距离您年满 65 岁已经过去了 90 多天，那么“我刚加入 Medicare”。SEP 不适用，因此请在下面选择适当的 SEP。

请仔细阅读以下陈述，如果该陈述适用于您，请勾选相应的方框。

勾选以下任意一个方框，即表示您证明，据您所知，您符合资格投保期资格。如果我们稍后认定这些信息不准确，您可能被退保。

请在做出选择之前阅读以下所有声明。

我刚加入 Medicare。

*如果您是，才请选择 1. 最近新获得；2. 您在 90 天内即将年满 65 岁，或者您最近在过去 90 天内年满 65 岁；3. 新的福利接受者；或 4. 新近获得资格，但之前只是通过残疾获得 Medicare。

*如果您的雇主保险最近终止，并且这是您第一次使用 Medicare，请选择下面的“我离开了雇主或工会的保险” SEP。

年度投保期 (AEP) 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日。

我已经有 A/D 部分并且最近注册了 B 部分。我希望投保 MA 计划。

我刚加入 Medicare；并且，在我的 A 部分和/或 B 部分保险开始后，我被告知我将获得 Medicare。我收到通知的日期为：
(填写日期)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

我之前有 Medicare，但现在我即将年满 65 岁。

我投保了一项 Medicare Advantage 计划，并想在 Medicare Advantage 开放投保期 (MA OEP) 期间进行变更。

我搬到了当前计划服务区之外的新地址，或者我最近搬家了，这个计划对我来说是一个新的选择。我的搬家日期为：
(填写日期)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

我在国外居住了一段时间后搬回美国，日期为：
(填写日期)。

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

我刚刚出狱。我的出狱日期为： (填写日期)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

我最近刚刚获得在美国合法居留的身份。我获得此身份的日期为： (填写日期)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

我住在一家长期护理机构，例如护理院或康复医院。

*注：表格上必须填写长期护理机构的信息。

我最近搬出了一家长期护理机构，例如护理院或康复医院。

*注：表格上必须填写长期护理机构的信息。

我搬出该机构的日期为： (填写日期)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y



我离开了雇主或工会的保险（包括 COBRA 保险），日期为：
(填写日期)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

我失去了与 Medicare 药物保险（可信保险）同等有效的其他非 Medicare 药物保险，或者我的其他非 Medicare 药物保险发生了变化并且不再被视为可信。我失去保险的日期为：
(填写日期)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

我的现有计划不会在即将到来的合同年度续签。*注：此 SEP 仅在 12 月 8 日至 2 月最后一天有效。

我失去了保险，因为 Medicare 终止了与我的计划的合同。我收到一封来自 Medicare 的信函；该信函上注明我可以加入另一个计划。我的保险终止日期为：(填写日期)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

我退出了 PACE（老年人全包护理计划）计划。我退出该计划的日期为：(填写日期)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

我失去了我的特殊需求计划，因为我不再具有该计划所要求的特殊需求状态。我从 SNP 将退保或已退保的日期为：
(填写日期)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

我想加入一个特殊需求计划，以便于为我的慢性疾病量身定制福利。

我被发现不符合 CSNP 计划的资格，因此想加入另一个计划。我收到通知的日期为：(填写日期)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

我的 Medicaid 最近发生了变化（新获得 Medicaid、Medicaid 级别发生了变化或失去 Medicaid），日期为：(填写日期)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

我用于支付药品费用的额外补助最近发生了变化（新获得额外补助、额外补助水平发生变化或失去额外补助），日期为：
(填写日期)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

我投保了 Medicare（或我所在的州）的一个计划，我想选择一个不同的计划。我投保该计划的开始日期为：(填写日期)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

我参加了州药品援助计划。以下州拥有合格的 SPAP：Delaware、Indiana、Maine、Maryland、Massachusetts、Missouri、New Jersey、New Mexico、New York、Pennsylvania、Rhode Island、Texas、Vermont、Wisconsin。

我即将失去州药品援助计划的帮助。我失去援助的日期为：
(填写日期)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

我或我依赖的帮助我做出医疗保健决定的人受到了紧急情况或重大灾难的影响（由联邦紧急事务管理局或联邦政府、我所在的州或当地政府宣布）。本页的其他陈述之一也适用于我，但由于灾害，我无法完成投保申请。

我错过投保期是因为：

我打算投保一个 5 星级 Medicare 计划。

我投保的计划在过去 3 年里都低于 3 星级。我想加入一个星级为 3 星或更高的计划。

我投保的一个计划最近因为财政问题被州政府接管了。我想更换其他计划。



我请求以无障碍的格式提供材料，但没有及时收到。我想投保，
因为我已经有时间做出投保决定了。我之前请求的无障碍格式是：

*注：无障碍格式包括但不限于盲文、数据 CD、大字版

我支付 A 部分的保费，并在一般投保期（每年 1 月 1 日至 3 月 31 日）期间登记投保了 B 部分。我想参加 Medicare 药物计划（D 部分）或包含药物保险的 Medicare Advantage 计划。

由于特殊情况，我在符合资格的特殊投保期注册了 A 部分（住院保险）或 B 部分（医疗保险）。

我已投保 WellCare/Centene Medicaid 计划，并希望投保 WellCare/Centene 完全整合 D-SNP（FIDE SNP）、高度整合 D-SNP（HIDE D-SNP）或适用的整合计划（AIP）。

我通过一项 Medicare Advantage 计划获得了 Medicare 药物保险（D 部分）。我想加入不提供药物保险的其他 Medicare 计划，这样我就可以转换到非 Medicare 可信药物保险。

*注：仅限 MA

如果这些陈述都不适用于您或者您不确定，请拨打 1-844-480-0680（TTY 用户应拨打 711）联系 Wellcare，了解您是否有资格投保。

我们的服务时间为周日至周六，上午 8 点至晚上 8 点（所有时区）

根据 1995 年的《文书削减法》(Paperwork Reduction Act)，除非显示有效的预算管理局 (OMB) 控制号，否则不需要任何人对信息收集做出回应。本信息收集的有效 OMB 控制号为 0938-1378。完成信息收集所需的时间预估为每次回应平均 20 分钟，包括查看说明、搜索现有数据资源、收集所需数据以及完成和审查信息收集所需的时间。如果您对时间估计的准确性有意见或对该表格的改进有建议，请致函：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

您必须继续支付您的 Medicare Part B 保费。但是，对于完全双重受益人，只要您保留 Medicaid 资格，州政府就会承担您的 B 部分保费。

对于 Wellcare CalViva Health Dual Align 会员：CalViva Health 是一项 Medi-Cal Managed Care Plan (MCP)，同时也是 Fresno、Kings 和 Madera 等县 Medi-Cal 管理式医疗保健服务的地方性健康计划。CalViva Health 是一项与 Department of Health Care Services (DHCS) 签订的全方位服务健康计划，旨在向位于 Fresno、Kings 和 Madera 等县的所有邮政区以双计划 (Two-Plan) 模式向 Medi-Cal 管理式医疗保健服务的投保人提供 Medi-Cal 承保服务。CalViva Health 与 Health Net Community Solutions, Inc. 基于总额预算签订合同，旨在向位于 Fresno、Kings 和 Madera 等县所有邮政区提供 Medi-Cal 承保服务并进行相应准备。Health Net Community Solutions, Inc. 隶属于 Health Net, LLC 和 Centene Corporation，并且是 CalViva Health MCP 在 Fresno、Kings 和 Madera 等县所有邮政区的合同管理方。

