2026 年度投保 Medicare Advantage 計畫 (C 部分) 的個人投保申請表

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

wellcare By health net

✓ 在此檢查您的申請狀態：
wellcare.com/applicationtracker

您是否曾經考慮改為在 **go.wellcare.com/HealthNetCA** 投保？ 這是快速、安全且簡單的申請方式。

誰可以使用此表單？

想要加入 Medicare Advantage 計劃的 Medicare 投保人

若要加入計畫，您必須：

- 是美國公民或能合法居留美國
- 居住於計畫服務區域

重要事項：若要加入 Medicare Advantage 計畫，您必須同時享有：

- Medicare Part A（住院保險）
- Medicare Part B（醫療保險）

何時要使用此表單？

您在以下情況可以加入計劃：

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日（從 1 月 1 日開始承保）
- 首次獲得 Medicare 後 3 個月內
- 在您獲准加入或轉換計劃的某些情況下

如需瞭解您何時可以註冊加入計劃的更多資訊，請造訪 Medicare.gov。

需要包含哪些內容以完成此表單？

- 您的 Medicare 號碼（在您的紅色、白色和藍色 Medicare 卡上的號碼）
- 您的永久地址和電話號碼

注意：您必須完成第 1 節中的所有項目。第 2 節中的項目為選填 – 您不會因為未填寫這些內容而被拒絕承保。

無家可歸者

- 如果您想要加入某項計畫，但沒有永久居住地，則郵政信箱、庇護所或診所的地址或您接收郵件（例如社會安全支票）的地址可被視為您的永久居住地址。

提醒：

- 如果您希望在秋季開放投保期間（10 月 15 日至 12 月 7 日）加入計劃，該計劃必須在 12 月 7 日前收到您已填妥的表單。
- 您的計劃會將該計劃保費的帳單寄送給您。您可以選擇申請從您的銀行帳戶或您的每月社會安全局（或鐵路退休局）給付扣除您的保費付款。

接下來怎麼辦？

將填妥並簽名的表單寄送至：

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

他們處理您的加入要求後，即會與您聯絡。

如何取得填寫此表單的協助？

請致電 1-844-480-0680 與 Wellcare By Health Net 聯絡。TTY 使用者請致電 711。

或者致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡，服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

重要事項

請勿將本表單或任何包含您個人資訊（例如理賠、付款、醫療記錄等）的物品發送給 PRA 報告審查辦公室。若我們收到與如何改善本表單或與資訊收集負擔（如 OMB 0938-1378 所述）無關的任何物品，我們會將其銷毀。我們將不會保留、審查該物品，也不會將其轉交給計畫。請參閱此頁面上的「接下來怎麼辦？」，將填妥的表單寄送至本計畫。

©Wellcare 2025

第 1 節 – 此頁面上的所有欄位皆為必填欄位（除非標示為選填

選擇您要加入的計畫：

Wellcare Low Premium (HMO) – 包括處方藥承保

☐ **H0562-012-000** 每月 $30

Wellcare Specialty Simple (HMO C-SNP)[1] – 包括處方藥承保 /
Cardiovascular Disorders, Chronic Heart Failure (CHF), Diabetes

☐ **H0562-092-000** 每月 $0

Wellcare Low Premium (HMO) – 包括處方藥承保

☐ **H0526-097-000** 每月 $33

Wellcare Simple Focus (HMO) – 包括處方藥承保

☐ **H0562-125-000** 每月 $0

Wellcare Simple Focus (HMO) – 包括處方藥承保

☐ **H0562-126-000** 每月 $0

Wellcare Low Premium (HMO) – 包括處方藥承保

☐ **H0562-133-000** 每月 $47

Wellcare Low Premium (HMO) – 包括處方藥承保

☐ **H0562-136-000** 每月 $46

Wellcare Low Premium (HMO) – 包括處方藥承保

☐ **H0562-137-000** 每月 $50

Wellcare Specialty Simple Focus (HMO C-SNP) [1] – 包括處方藥承保 /
Cardiovascular Disorders, Chronic Heart Failure (CHF), Diabetes

☐ **H0562-138-000** 每月 $0

[1] 您必須符合特定投保條件才能投保此計畫。

©Wellcare 2025

第 1 節 – 此頁面上的所有欄位皆為必填欄位（除非標示為選填）

名字

姓氏

選填：中間名縮寫

出生日期

M M D D Y Y Y Y

性別
☐ 男
☐ 女

電話號碼 – –

電話類型
☐ 住家
☐ 手機

選填：次要電話號碼 – –

電話類型
☐ 住家
☐ 手機

選填：電子郵件地址：

選填：您是否喜歡自己使用互聯網、電子郵件或文字訊息？ ☐ 是 ☐ 否

選填：首選聯絡方式： ☐ 電話 ☐ 文字 ☐ 電子郵件

*請注意，我們可能會以所選的「首選聯絡方式」之外的方式傳送通訊。

我們希望您享受成為保戶並理解您的計畫。請提供您的電話號碼和電子郵件，以便我們告知您的申請狀態。作為保戶，我們將分享實用的資訊，例如預期事項、保持健康、使用額外福利、尋找醫師、我們的保戶入口網站和其他重要內容。如果您不感興趣，可以選擇退出使用文字訊息和電子郵件。

我們希望您喜歡您的 Wellcare 計畫。您的需求發生變化時，如果我們有其他計畫可能更適合您，我們會告知您。我們只會談論我們提供的計畫。

（請勿填寫郵政信箱。注意：對於無家可歸的個人，郵政信箱可被視為您的永久居住地址。）

☐ 無家可歸者

永久居住街道地址

城市

選填：郡縣

州

郵遞區號

郵寄地址，只在與永久地址不同時填寫（允許填寫郵政信箱）街道地址

城市

州

郵遞區號

©Wellcare 2025

您的 Medicare 資訊：

Medicare 號碼

具有下列資格： 生效日期

醫院（A 部分）

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

醫療（B 部分）

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

請回答以下重要問題：

1. 除了 WellCare 之外，您是否還會有其他 (例如 VA、TRICARE) 處方藥承保？

☐是 ☐否

其他保險的名稱

此承保的保戶編號

此承保的團體編號

2. 如果投保 C-SNP 計畫：您是否患有心血管疾病、慢性心臟衰竭 (CHF) 和/或糖尿病？

☐是 ☐否

重要事項：請閱讀並在下方簽名：

- 我必須同時保留住院（A 部分）和醫療（B 部分）保險才能繼續參加 Wellcare。
- 加入此 Medicare Advantage 計劃，即代表我知悉 Wellcare 會與 Medicare 分享我的資訊，他們會用此來追蹤我的投保、付款，並針對其他聯邦法律允許的用途，授權收集此類資訊（請參閱以下的隱私法聲明）。您對此表單的作答出於自願。但是，如果沒有回答，則可能會影響投保該計畫。
- 我瞭解，只能在同一時間投保一項 MA 或 D 部分計畫，並且投保本計畫便會自動終止我在其他 MA 或 D 部分計畫的投保（MA PFFS、MA MSA 計畫除外）。
- 本人瞭解，從我的 Wellcare 承保開始時，我即必須透過 Wellcare 取得所有的醫療和處方藥福利。由 Wellcare 所提供以及我的 Wellcare「承保證明」文件（亦稱為保戶合約或投保人協議）中所述的福利和服務將屬於承保範圍。無論是 Medicare 或 Wellcare 皆不會給付未承保的福利或服務。

©Wellcare 2025

- 據本人所知，本投保申請書上的資訊皆正確無誤。本人瞭解，如果本人在本表中蓄意提供不實資訊，本人將會遭到本計畫的退保。
- 本人瞭解，本人（或取得本人授權的法定代理人）在本申請表上簽名，即表示本人已經閱讀並理解本申請表的內容。如果是由授權代表人員（如上所述）簽名，此簽名證實：

  1) 此人在州政府法律下經授權完成此投保程序，且

  2) 在 Medicare 要求時可提供該授權之證明文件。

簽署本文件即代表本人證明，據本人所知所信，本人所提供的資訊均屬實、完整且正確。本人瞭解如果這些資訊被判定有誤，本人可能會遭到退保。

今天的日期：

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

簽名

如果您是授權代表人員，請在上方簽名並填寫以下欄位：

姓名

地址

電話號碼

– –

與投保人的關係

©Wellcare 2025

第 2 節 – 此節中的所有欄位皆為選填欄位

您可以選擇是否要回答這些問題。您不會因未填寫欄位而被拒絕承保。

如果您希望我們以英文以外的語言傳送資訊給您，請選擇其中一項。

☐ 西班牙語　☐ 中文

如果您希望我們以可用格式傳送資訊給您，請選擇其中一項。

☐ 盲文版　☐ 大字版　☐ 音訊 CD　☐ 資料 CD

如果您需要上述以外的可用格式，請聯絡 Wellcare，電話 1-844-480-0680（TTY 使用者請撥打 711）。我們的服務時間為週日至週六上午 8 點至晚上 8 點（所有時區）。

---

1. 您是否工作？ ☐ 是　☐ 否
2. 您的配偶是否工作？ ☐ 是　☐ 否
3. 您是否居住在長期照護設施，如護理院？ ☐ 是　☐ 否
   如果回答「是」，請提供以下資訊：

機構名稱：

機構地址（號碼和街道）

城市	州	郵遞區號	電話號碼

列示您的網絡內初級照護醫師 (PCP)、診所或醫療中心：

您可以在以下網站尋找醫療服務提供者 findaprovider.healthnetcalifornia.com

HMO 計畫的醫療服務提供者資訊：

PCP NPI：　　PPG ID：

所選計畫是否接受選擇的 PCP/PPG？ ☐ 是　☐ 否

目前患者？ ☐ 是　☐ 否

©Wellcare 2025

支付您的計畫保費

您每月可以透過郵件、電子資金轉帳 (EFT) 或信用卡支付計畫月保費（包括任何您目前需繳納或可能積欠的延遲投保罰款）。**您也可以選擇每月從您的社會安全局或鐵路退休委員會 (RRB) 福利中自動扣繳保費。**

若您必須支付與 D 部分收入相關每月調整金額 (D 部分-IRMAA)，除了計畫保費外，還必須支付此額外金額。這筆金額通常從您的社會安全福利中扣除，或者您可能會從 Medicare（或 RRB）拿到帳單。請勿向 Wellcare 支付 D 部分IRMAA。

如果您未選擇付款選項，您將每月收到保費帳單。

請選擇一項保費付款方式：

☐ 收到帳單

☐ 從您每個月的社會安全局或鐵路退休委員會 (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 ☐ 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請求，我們會寄帳單向您收取每月保費。）

僅適用於協助投保人填寫此表格的個人

如果您是協助投保人填寫此表格的人士（即代理、州政府健康保險協助計畫 (SHIP) 諮詢人員、家人或其他第三方），請填寫本部分。

姓名：_____ 與投保人的關係：_____

簽名：_____ 國內生產者編號（僅限代理/仲介）：_____

隱私法聲明

Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 會收集 Medicare 計畫的資訊，以追蹤在 Medicare Advantage (MA) 計畫中的受益人投保、改善照護以及支付 Medicare 福利。社會安全法案第 1851 節和第 1860D-1 節，以及 42 CFR §§ 422.50 和 422.60 授權收集此資訊。CMS 可以使用、揭露和交換 Medicare 受益人的投保資料，如 System of Records Notice (SORN) 的「Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)」，系統編號 09-70-0588 中所指定。您對此表單的作答出於自願。但是，如果沒有回答，則可能會影響投保該計畫。

僅供辦公室使用：

簽署並提交本文件即代表本人證明，據本人所知所信，文件中所提供的資訊均屬實、完整且正確。 本人瞭解，任何不實陳述或資訊遺漏皆可能構成紀律處分的理由，最嚴重者可導致本人的委任及保險代理人協議遭到終止。

工作人員/代理人/經紀人姓名（如有協助投保）：

計劃 ID #：

保險生效日期： M M D D Y Y Y Y

Wellcare 銷售代表/授權代理人
（填寫申請的個人銷售代表/代理人）

代理人類型（單選）：☐ 授權代理人 ☐ Wellcare 員工

填寫以下部分：

銷售代表/代理人名稱

銷售代表/代理人 NPN 編號

機構/FMO 隸屬關係（如適用）：

這些資訊必須與您核准的 Wellcare 授權記錄相符。

代理人電話號碼： – –

電子郵件地址

機構/FMO 電話號碼（如適用） – –

銷售代表/授權代理人申請表收件日期：
（申請表必須在此日期的 1 個曆日內送達 Wellcare。） M M D D Y Y Y Y

申請表收件地點： ☐ 約訪 ☐ 銷售活動 ☐ 未預約者

☐ 其他（請指明）：

代理申請提交：銷售代表/代理人必須將約訪範圍和投保申請書傳真至 1-844-222-3180。

©Wellcare 2025

投保期間資格證明

一般而言，您可以在每年 10 月 15 日到 12 月 7 日的年度投保期投保 Medicare Advantage 計畫。有些例外情形可能可讓您在這段時間以外的其他時間投保 Medicare Advantage 計畫。如果這是您首次利用 Medicare 福利，且您年滿 65 歲已超過 90 天，則「我是 Medicare 的新保戶」特殊選擇期 (SEP) 不適用，因此請選擇下方適當的 SEP。

請仔細閱讀下列說明，勾選當中說明適合您的方塊。透過勾選以下任何方塊即證明，就您所知，您符合投保期的資格。如果我們日後確定此資訊有誤，您可能會遭到退保。

請閱讀以下所有聲明再進行選擇。

☐ 我新加入 Medicare。
*請僅在以下情況勾選：1. 我剛獲得投保權；2. 您將在 90 天內年滿 65 歲，或者您在過去 90 天內剛年滿 65 歲；3. 福利的新受益人；或 4. 新符合資格，但之前剛因殘障獲得 Medicare。
*如果您的雇主承保最近終止，並且這是您首次使用 Medicare，請選擇下面的「我離開了雇主或工會的承保」SEP。

☐ 年度投保期 (AEP) 為每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日。

☐ 我已參加 A/D 部分，最近剛投保 B 部分。我希望投保 MA 計畫。

☐ 我是 Medicare 的新保戶，並在我的 Part A 和/或 Part B 保險開始生效後被通知獲得 Medicare。我接獲通知的日期是（填入日期）

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ 我一直都有 Medicare，但即將年滿 65 歲。

☐ 我參加了 Medicare Advantage 計畫，並希望在 Medicare Advantage 開放投保期 (MA OEP) 期間進行變更。

☐ 我最近搬離目前計畫的服務區域，或者我剛搬家，而本計畫是我的新選項。我的搬家日期是（填入日期）

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ 我在國外生活後搬回美國。我的返回日期是（填入日期）。

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ **我剛出獄。我的獲釋日期是 （填入日期）**

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ 我最近取得了美國合法居留身分，我取得改身分的日期是（填入日期）

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ 我住在長期照護設施，例如護理院或復健醫院。
*注意：必須在表單上填寫長期照護設施資訊。

☐ 我最近搬出了長期照護設施，例如護理院或復健醫院。
*注意：必須在表單上填寫長期照護設施資訊。
我搬出該機構的日期是（填入日期）

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ 我離開雇主或工會提供的保險（包括 COBRA 保險）的日期是（填入日期）

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

©Wellcare 2025

☐ 我失去了其他與 Medicare 藥物承保相同的非 Medicare 藥物承保（可信承保），或我的其他非 Medicare 承保已變更，不再被視為可信承保。我失去藥物承保的日期是（填入日期）

M M D D Y Y Y Y

☐ **我目前的計畫在下一合約年度將不再續約**
***注意：此 SEP 僅在 12/8 至翌年 2 月底期間有效。**

☐ 我失去了保險，因為 Medicare 終止了與我計畫的合約。我收到 Medicare 的信函，表示我可以參加其他計畫。我的承保終止日期是（填入日期）

M M D D Y Y Y Y

☐ 我取消了 PACE（年長者全套照護計畫）計畫的承保。我離開該計畫的日期是（填入日期）

M M D D Y Y Y Y

☐ 我失去了特殊需求計畫，因為我不再具備該計畫所需的特殊需求狀態。我即將或已經遭到 SNP 退保的日期是（填入日期）

M M D D Y Y Y Y

☐ 我想要加入針對我的慢性病自訂福利的特殊需求計畫。

☐ 我被判定不符合慢性病特殊需求計畫 (CSNP) 的資格，並想投保其他計畫。我接獲通知的日期是（填入日期）

M M D D Y Y Y Y

☐ 我最近變更我的 Medicaid（新加入 Medicaid、Medicaid 等級變更或失去 Medicaid），日期為（填入日期）

M M D D Y Y Y Y

☐ 我最近在藥物費用額外幫助 (Extra Help) 支付方面有所變更（新近獲得額外幫助、額外幫助等級變更，或失去額外幫助），日期為（填入日期）

M M D D Y Y Y Y

☐ 我已投保 Medicare（或我所在州）的計畫，我想選擇一個不同的計畫。我的計畫投保開始於（填入日期）

M M D D Y Y Y Y

☐ 我加入了州藥物協助計畫。下列州有合格 SPAP：Delaware、Indiana、Maine、Maryland、Massachusetts、Missouri、New Jersey、New Mexico、New York、Pennsylvania、Rhode Island、Texas、Vermont、Wisconsin。

☐ 我失去了州藥物協助計畫的補助。我失去補助的日期是（填入日期）

M M D D Y Y Y Y

☐ 我或協助我作健康照護決定的人受到緊急情況或重大災難（如聯邦緊急管理機構或聯邦、州或地方政府所聲明）的影響。本頁的其中一項說明適合我，但因災難事件使我無法申請。
我錯過投保期的原因是：

☐ 我投保了 5 星 Medicare 計畫。

☐ **我參加的計畫在過去 3 年的星級評級都低於 3 星。我想加入星級評等為 3 星或更高的計畫。**

☐ 我參加的計畫最近因為財務問題而被州政府接管（進入接管程序）。我想轉換到另一個計畫。

☐ 我要求提供無障礙格式的資料，但沒有及時收到。既然我已有時間作出投保決定，我想立即投保。我先前要求的無障礙格式是：

*注意：無障礙格式包括但不限於盲文版、資料 CD、大字版

©Wellcare 2025

☐ 我支付 Part A 的保費，並在一般投保期間（每年 1 月 1 日至 3 月 31 日）投保 Part B。本人想加入 Medicare 藥物計畫（D 部分）或包含藥物承保的 Medicare Advantage 計畫。

☐ 我在因特殊情況而符合資格的特殊投保期內投保 Part A（醫院保險）或 Part B（醫療保險）。

☐ 我投保了 WellCare/Centene Medicaid 計畫，並希望加入 WellCare/Centene 完全整合 D-SNP (FIDE SNP)、高度整合 D-SNP (HIDE D-SNP) 或適用整合計畫 (AIP)。

☐ 我透過 Medicare Advantage 計畫擁有 Medicare 藥物承保 (Part D)。我想加入其他沒有提供藥物承保的 Medicare 保健計畫，以便我可以轉換至非 Medicare 可抵免藥物承保。
*注意：僅限 MA

如果上述聲明皆不適用於您或者您不確定，請致電 1-844-480-0680 與 Wellcare 聯絡（TTY 使用者請致電 711），以瞭解您是否符合投保資格。我們的服務時間為週日至週六上午 8 點至晚上 8 點（所有時區）。

根據 1995 年的《文書簡化法案》(Paperwork Reduction Act)，除非顯示有效的 OMB 控管編號，否則不得要求任何人回覆資訊蒐集。本資訊蒐集的有效 OMB 控管編號是 0938-1378。完成本資訊所需時間預估為每次回覆平均 20 分鐘，其中包括檢閱說明、搜尋現有資料資源、收集所需資料以及填寫和檢查資訊收集表所需的時間。如果您對時間預估的準確性有任何意見或者您有可以改善本表格的建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

您必須繼續支付 Medicare Part B 保費。

©Wellcare 2025