

2027年投保Medicare Advantage 计划C部分个人投保申请表

OMB No. 0938-1378
Expires: 02/28/2029



✓ 在此检查您的申请状态：
[wellcare.com/applicationtracker](https://www.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

如需加入计划，您必须：

- 是美国公民或合法居留美国的外籍人士
- 居住在计划服务区域内

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

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

我应在何时使用此表格？

您可以在以下时间加入计划：

- 每年10月15日至12月7日之间 (承保自1月1日起生效)
- 首次获得Medicare后的3个月内
- 某些允许加入或转换计划的特殊情况

请访问**Medicare.gov** 了解关于何时可以注册计划的更多信息。

填写此表格需要什么材料？

- 您的Medicare编号 (红、白、蓝Medicare卡上的编号)
- 您的常住地址和电话号码

注：您必须填写第1部分的所有条目。第2部分中的条目为选填项——不填写这些内容您不会被拒绝承保。

无家可归人员

- 如果您想加入计划但没有固定住所，邮政信箱、庇护所或诊所地址，或您接收邮件 (如社会保障支票) 的地址，可视为您的常住地址。

您是否考虑过在 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投保期间 (10月15日至12月7日) 加入某个计划，该计划方必须在12月7日之前收到您填写完整的表格。
- 您的计划方将向您寄送一份计划保费账单。您可以选择通过银行账户自动扣款，或从每月社会保障 (或铁路退休委员会) 福利金中扣除保费。

接下来会怎样？

请将填妥并签名的表格寄送至：

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

一旦他们处理完您的投保申请，就会与您联系。

如何获得帮助以填写此表格？

请致电Wellcare By Health Net，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。



重要提示

请勿将此表格或任何包含您个人信息材料(例如索赔、付款、医疗记录等)寄送至PRA报告审批办公室。我们收到的任何与本表格改进或信息收集负担(详见OMB编号0938-1378)无关的材料将被销毁。不会予以保留、审阅或转交给相关计划方。请将填写完整的表格寄送至计划方,具体见本页正面的“接下来会发生什么?”部分。

根据1995年的《文书削减法》(Paperwork Reduction Act),除非信息收集显示有效的预算管理局(OMB)控制编号,否则任何人均无义务回应信息收集要求。本次信息收集的有效OMB控制编号为0938-1378。完成本次信息收集所需的时间预计平均每次回复约20分钟,其中包括查阅说明、检索现有数据资源、收集所需数据以及填写和复核信息收集内容的时间。如果您对时间预估的准确性有任何意见,或对该表格有任何改进建议,请致函:CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

《隐私法》声明

Medicare & Medicaid 服务中心(CMS)从Medicare计划收集信息,用于追踪Medicare Advantage (MA) 受益人的投保情况、改善护理以及支付Medicare福利。此项信息收集的授权依据为《社会保障法》第1851节和第1860D-1节以及《联邦法规汇编》(CFR) 第42编第422.50节和第422.60节。CMS可根据系统记录通知(SORN)“Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)”(系统编号09-70-0588)中的规定,使用、披露和交换来自Medicare受益人的投保数据。您对本表格的回复为自愿性质。但若不回复可能会影响您投保本计划。

第1部分——本页所有字段均为必填项(除非标记为选填)

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

☐ **H3561-010-001** Los Angeles

每月\$0

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)¹ ——包含处方药承保

☐ **H3561-010-002** Amador, Calaveras, Inyo, Mono, Sacramento, San Joaquin,
Stanislaus, Tulare, Tuolumne

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 (除非标记为选填)

名字 姓氏 选填: 中间名首字母缩写

出生日期: 性别 电话号码 电话类型

____/____/____ ☐ 男 ☐ 女 (____) ____ - ____ ☐ 住宅 ☐ 手机

M M/D D/Y Y Y Y 选填: 备用电话号码 电话类型

(____) ____ - ____ ☐ 住宅 ☐ 手机

选填: 电子邮箱地址:

选填: 您是否能够自如地自行使用互联网、电子邮件或短信?

☐ 是 ☐ 否

选填: 首选联系方式: ☐ 电话 ☐ 短信 ☐ 电子邮件

**请注意: 我们可能会在您选择的“首选联系方式”之外发送通讯信息。*

我们希望您享受作为会员的体验并了解您的计划。请提供您的电话号码和电子邮箱, 以便我们告知您申请状态。成为会员后, 我们将与您分享有用的信息, 例如注意事项、保持健康、使用额外福利、寻找医生、会员门户以及其他重要内容。如果您不感兴趣, 您可以选择退订部分短信和电子邮件。

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, 我们会告知您。我们只会介绍我们自己的计划。

(请勿填写邮政信箱。注意: 对于无家可归的个人, 邮政信箱可视为常住地址)。 ☐ 经历无家可归

街道地址

城市 选填县 州 邮政编码

邮寄地址: 如果您希望将邮件寄往不同地址或寄给授权代表, 请在此提供相关信息。(允许使用邮政信箱) 街道地址

城市 州 邮政编码



您的Medicare信息：

Medicare号码：

有权享受的保险 生效日期MM/DD/YYYY：

住院保险(A部分) ____ / ____ / ____

医疗保险(B部分) ____ / ____ / ____

请回答以下重要问题：

1. 除Wellcare外,您是否还有其他处方药承保(例如VA、TRICARE)？

☐ 是 ☐ 否

其他承保名称

该承保的会员编号

该承保的团体编号

2. 若投保D-SNP计划,请提供：

State Medicaid 计划编号：_____

D-SNP计划必须填写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。

重要提示:请阅读并在下方签名：

- 我必须同时保留医院(A部分)和医疗(B部分)才能继续参加Wellcare计划。
- 投保Medicare Advantage计划,即表示我承认Wellcare将与Medicare共享我的信息,其可能会使用这些信息来追踪我的投保情况、进行支付,以及用于联邦法律授权的其他信息收集目的(详见下文《隐私法声明》)。您对本表格的回复为自愿性质。但若不回复可能会影响您投保本计划。
- 我了解我一次只能投保一个MA或D部分计划——投保本计划将自动终止我在另一个MA或D部分计划中的投保(MA PFFS、MA MSA计划有例外情况)。
- 我了解,在我的Wellcare承保生效后,我必须通过Wellcare获得所有医疗和处方药福利。由Wellcare提供并载于我的Wellcare“承保范围证明”(也称为会员合同或订户协议)文件中的福利和服务将获得承保。Medicare和Wellcare均不赔付未承保的福利或服务。



- 就我所知, 此投保表格上的信息均正确无误。我了解, 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。
 - 我了解, 我在本申请表上的签名 (或合法授权代表我行事之人的签名), 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), 此该签名证明:
 - 1) 此人根据州法律有权完成本次投保, 并且
 - 2) Medicare要求时, 可提供此授权证明文件。
- 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、完整且准确。我了解, 若经认定这些信息不实, 我可能会被退保。

今日日期

____/____/____
MM/DD/YYYY

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选填

回答这些问题属于您的自愿选择。您不会因不填写这些内容而被拒绝承保。

如果您希望我们以英语以外的语言向您发送信息，请选择一项。

☐ 西班牙语 ☐ 阿拉伯语 ☐ 亚美尼亚语 ☐ 柬埔寨语 ☐ 波斯语 ☐ 苗语 ☐ 韩语 ☐ 俄语
☐ 简体中文 ☐ 他加禄语 ☐ 越南语

如果您希望我们以无障碍格式向您发送信息，请选择一项。

☐ 盲文 ☐ 大字版 ☐ 音频CD ☐ 数据CD

如果您需要上述未列出的其他无障碍格式信息，请致电1-844-480-0680 (TTY用户可拨打711) 与 Wellcare 联系。我们的办公时间为：10月1日至12月15日期间，代表服务时间为周日至周六，上午8点至晚上8点；12月16日至9月30日期间，代表服务时间为周一至周六，上午8点至晚上8点。

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，例如疗养院？ ☐ 是 ☐ 否
如果回答“是”，请提供以下信息：

机构名称：

机构地址（门牌号和街道）：

城市

州

邮政编码

电话号码

请列出您选择的网络内初级保健医生 (PCP)、诊所或健康中心：

您可以在findaprovider.healthnetcalifornia.com查找医疗服务提供者

HMO计划的医疗服务提供者信息：

PCP国家提供者标识符 (NPI)：

医生实践团体编号 (PPG ID)：

是否为当前患者？ ☐ 是 ☐ 否

☐ 我不想选择PCP，我希望由Wellcare为我指派PCP。我了解我可以随时拨打我的Wellcare会员ID卡上的会员服务电话更换PCP。

如果未选择有效的网络内PCP，或未勾选PCP自动指派复选框，将为受益人指派一名网络内PCP。会员可随时拨打会员ID卡上的会员服务电话更改PCP指派



支付您的计划保费

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缴的任何逾期投保罚金)。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) 福利中自动扣除的方式支付保费。

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额外支付这笔金额。该金额通常会从您的社会保障福利中扣除, 否则您可能会收到Medicare (或RRB) 寄来的帐单。请勿向Wellcare支付D部分-IRMAA。

收入有限的人群可能有资格获得额外帮助 (Extra Help) 以支付其处方药费用。即使您目前享有额外帮助, 您可能仍需要重新申请以进行资格认证。许多人符合这些费用节省的资格却不自知。如需了解有关此项额外帮助的更多信息, 请联系您当地的社会保障办公室, 或拨打1-800-772-1213, 致电社会保障局。TTY用户请拨打1-800-325-0778。您也可以访问 <https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help> 在线申请“额外帮助”。

如果您未选择缴费方式, 您将每月收到一份账单。

请选择一种保费缴费方式:

☐ 收取帐单

☐ 从您每月的社会保障或铁路退休委员会 (RRB) 福利金中自动扣除。

我每月的福利金来自: ☐ 社会保障 ☐ RRB

(社会保障/RRB扣款在社会保障局或RRB批准扣款后, 可能需要两个月或更长时间才能开始扣款。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, 则从您的社会保障局/RRB福利支票中首次扣除的款项将包含从您的投保生效日起至扣款开始前所有应缴保费。如果社会保障局或RRB未批准您的自动扣除请求, 我们将向您寄送每月保费纸质帐单。)

仅限协助投保人填写此表格的个人填写

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), 请填写本部分内容。

姓名: _____ 与投保人的关系: _____

签名: _____ 国家生产商编号 (仅限代理人/经纪人填写): _____



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、准确。我了解,任何虚假陈述或遗漏均可能成为纪律处分的理由,直至终止我的委任和生产商协议。

工作人员/代理/经纪人姓名 (如协助投保):

计划ID号: 投保生效日期: ____ / ____ / ____ (MM/DD/YYYY)

Wellcare销售代表/授权代理人

(填写申请表的个人销售代表/代理人)

代理人类型 (请选择一项): ☐ 授权代理人 ☐ Wellcare员工

请填写以下部分：

销售代表/代理人姓名: 销售代表/代理人国家生产商编号 (NPN):

代理机构/FMO隶属关系 (如适用):

此信息必须与您经批准的Wellcare许可记录一致。

代理人电话: (____) ____ - ____

电子邮箱:

代理机构/FMO电话 (如适用): (____) ____ - ____

销售代表/授权代理人收到申请的日期: ____ / ____ / ____
(MM/DD/YYYY)

(申请必须在上述日期起1个日历日内送达Wellcare。)

申请接收地点: ☐ 预约 ☐ 销售活动 ☐ 自行到访

☐ 其他 (请说明):

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,可能允许您在此期限之外加入Medicare Advantage计划。如果这是您首次享受Medicare福利,且您已年满65周岁超过90天,则“我首次加入Medicare”的特别投保期(SEP)不适用,因此请在下方选择适当的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,您符合投保资格。如果我们日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。日期请按“MM/DD/YYYY”格式填写。

☐ 我首次加入 Medicare。

*请仅在以下情况选择此项:1. 新获得资格;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. 新领取福利;或 4. 新符合资格,但之前仅通过残障获得Medicare。

*如果您的雇主保险最近终止,并且这是您首次使用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。

☐ 我已拥有A部分(住院保险),并且近期首次注册了B部分(医疗保险)。我希望加入 Medicare Advantage计划。

☐ 我在A部分和/或B部分保险生效后才收到有关Medicare的通知。

我收到通知的日期为:(填写日期)。

____/____/____

☐ 我以前就有Medicare,但现在即将年满65周岁。

☐ 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域以外的新地址,或者我近期搬家了,而本计划对我来说是一个新选择。我的搬家日期为:(填写日期)。

____/____/____

☐ 我于(填写日起)从国外返回美国居住。

____/____/____

☐ 我获释出狱。我的出狱日期为:(填写日期)。

____/____/____

☐ 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)。

____/____/____

☐ 我住在一家长期护理机构,例如疗养院或康复医院。

*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,例如疗养院或康复医院。

*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)。

____/____/____



- ☐ 我离开了雇主或工会的承保(包括COBRA承保),日期为:(填写日期)。
____/____/____
- ☐ 我失去了与Medicare药物承保(即合格承保)相当的其他非Medicare药物承保,或者我的其他非Medicare药物承保发生了变化并,不再被视为合格承保。
我失去该承保的日期为:(填写日期)。
____/____/____
- ☐ 我现有的计划在即将到来的合同年度不再续约。*注:此SEP仅在12月8日至2月最后一天期间有效。
- ☐ 我失去了承保,因为Medicare终止了与我的计划方的合同。我收到了Medicare的信件,告知我可加入其他计划。我的保险终止日期为:(填写日期)。
____/____/____
- ☐ 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)。
____/____/____
- ☐ 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。
我将被或已被该SNP退保:(填写日期)。
____/____/____
- ☐ 我想加入一个针对我的慢性病定制福利的特殊需求计划。
- ☐ 我被认定不符合我的CSNP计划资格,并希望加入其他计划。
我收到通知的日期为:(填写日期)。
____/____/____
- ☐ 我的Medi-Cal最近发生了变化(新获得 Medi-Cal、Medi-Cal级别发生了变化或失去 Medi-Cal),日期为:(填写日期)。
____/____/____
- ☐ 我用于支付药品费用的额外帮助最近发生了变化(新获得额外帮助、额外帮助级别发生变化或失去额外帮助),日期为:(填写日期)。
____/____/____
- ☐ 我投保了Medicare(或我所在的州)的一个计划,而我想选择不同的计划。
我投保该计划的开始日期为:(填写日期)。
____/____/____
- ☐ 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)。
____/____/____
- ☐ 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(已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原本适用于我,但由于该灾害,我未能提出申请。
我错过的投保期为:_____



- ☐ 我正在投保一个5星级Medicare计划。
- ☐ 我投保的计划在过去3年里的星级评定低于3星。我想加入一个星级评定为3星或更高的计划。
- ☐ 我所在计划近期因财务问题被州政府接管(破产管理)。我想转投其他计划。
- ☐ 我曾请求以无障碍的格式提供材料,但未及时收到。现在我有时间做出投保决定,因此希望现在投保。
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)期间注册了B部分。我想加入 Medicare 药物计划(D部分)或包含药物承保的Medicare Advantage计划。
*如果您需为A部分支付保费并在一般投保期内注册了B部分,您将在注册B部分后有2个月的时间加入计划。
我注册的日期为:(填写日期)。 _____ / ____ / ____
- ☐ 我因特殊情况而符合特别投保期资格,并在该特别投保期内注册了A部分(住院保险)或B部分(医疗保险)。我注册的日期为:(填写日期)。 _____ / ____ / ____
- ☐ 我拥有Medicare并同时享有全额Medi-Cal福利。我希望加入完全一体化双重资格特殊需求计划(FIDE SNP)、高度一体化双重资格特殊需求计划(HIDE SNP)或适用一体化计划(AIP)。
- ☐ 我通过一项 Medicare Advantage计划获得了Medicare药物承保(D部分)。我想加入不提供药物承保的其他Medicare计划,以便我转投非Medicare合格药物承保。*注:仅限 MA 计划

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。我们的办公时间为:10月1日至12月15日期间,代表服务时间为周日-周六,上午8点至晚上8点;12月16日至9月30日期间,代表服务时间为周一-周六,上午8点至晚上8点。

您必须继续支付您的Medicare Part B保费。但是,对于全额双重资格受益人,只要您保持Medicaid资格,州政府将承担您的B部分保费。



