

2027年度投保 Medicare Advantage計畫 (C部分)的個人投保申請表

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



✓ 在此檢查您的申請狀態：
[wellcare.com/applicationtracker](https://www.wellcare.com/applicationtracker)

誰可以使用此表單？

想要加入Medicare Advantage計畫的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畫：

- 每年**10月15日至12月7日** (適用於**1月1日**起的保險)
 - 首次獲得**Medicare**後**3個月**內
 - 在某些情況下您獲准加入或轉換計畫
- 如需瞭解您何時可以註冊加入計畫的更多資訊，請造訪[Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)。

需要包含哪些內容以完成此表單？

- 您的**Medicare**號碼 (在您的紅白藍**Medicare**卡上的號碼)
- 您的永久地址和電話號碼

備註：您必須完成第1部分的所有項目。

第2部分的項目為選填 - 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。

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

提醒：

- 如果您想在秋季開放投保期間 (10月15日至12月7日) 加入計畫，該計畫必須在12月7日前收到您填妥的表單。
- 您的計畫會將該計畫保費的帳單寄送給您。您以選擇申請從您的銀行帳戶或您的每月社會安全局 (或鐵路退休委員會) 給付扣除您的保費付款。

接下來的流程？

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）的資料發送給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。請參閱此頁面正面的「接下來的流程？」，將填妥的表單寄送至本計畫。

根據《1995年紙本作業減量法案》(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收集。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。

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，如記錄系統通知 (SORN) 的「Medicare Advantage 處方藥 (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。

第1部分 - 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 Focus (HMO) - 包括處方藥承保

☐ H0562-012-000

每月\$27

Wellcare Specialty Simple (HMO C-SNP)¹ - 包含處方藥承保／心血管疾病、慢性心臟衰竭 (CHF)、糖尿病 -

☐ H0562-092-000

每月\$0

Wellcare Low Premium Focus (HMO) - 包括處方藥承保

☐ H0562-097-000

每月\$30.50

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

☐ H0562-136-000

每月\$42

Wellcare Low Premium (HMO) - 包括處方藥承保

☐ H0562-137-000

每月\$47

Wellcare Specialty Simple Focus (HMO C-SNP)¹ - 包含處方藥承保／心血管疾病、慢性心臟衰竭 (CHF)、糖尿病 -

☐ 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。



第1部分 - 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： 生理性別 電話號碼 電話類型

____ / ____ / ____ ☐ 男性 ☐ 女性 (____) ____ - ____ ☐ 住家 ☐ 手機

MM/DD/YYYY 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：您是否能自在地自行使用網際網路、電子郵件或簡訊？

☐ 是 ☐ 否

選填：首選聯絡方式： ☐ 電話 ☐ 簡訊 ☐ 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，可以選擇退出使用簡訊和電子郵件。

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。）

☐ 遭遇無家可歸

永久居住街道地址

城市 選填：縣 州 郵遞區號

郵寄地址，若您希望將郵件寄送至其他地址或授權代表人員處，請在此提供相關資訊。

（允許使用郵政信箱）

街道地址

城市 郵遞 區號



您的Medicare資訊：

Medicare號碼：

有權獲得：

生效日期 (MM/DD/YYYY)：

醫院 (A部分) _____ / _____ / _____

醫療 (B部分) _____ / _____ / _____

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D-SNP計畫，請提供：

州Medicaid計畫號碼：_____

請附上D-SNP計畫的Medicaid號碼。遺漏Medicaid號碼可能會導致延遲處理申請並可能拒絕申請。

3. 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計畫，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。



- 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) 此人已按州法律規定取得授權可填寫本投保申請表，且
 - 2) 可在Medicare要求時提供此授權之證明文件。

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：

____ / ____ / ____
MM / DD / YYYY

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



第2部分 - 此部分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

如果您希望我們以無障礙格式傳送資訊給您，請選擇其中一項。

☐ 盲文 ☐ 大字版 ☐ 語音CD ☐ 資料CD

如果您需要上述以外的無障礙格式，請聯絡Wellcare，電話1-844-480-0680（TTY使用者請撥打711）。

我們的上班時間為，10月1日至12月15日，代表的服務時間為週日至週六上午8點至晚上8點；

12月16日至9月30日，代表的服務時間為週一至週六上午8點至晚上8點。

1. 您是否工作？ ☐ 是 ☐ 否

2. 您的配偶有工作嗎？ ☐ 是 ☐ 否

3. 您是否居住在長期照護機構，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

列出您的網絡內初級照護醫師 (PCP)、診所或醫療中心：

您可以在網站findaprovider.healthnetcalifornia.com尋找醫療服務提供者

HMO計畫的醫療服務提供者資訊：

PCP NPI：

PPG ID：

您目前是病患？ ☐ 是 ☐ 否

☐ 我不想選擇PCP，我想要Wellcare幫我選擇PCP。我瞭解我可以隨時撥打Wellcare保戶ID卡上的保戶服務號碼，來變更我的PCP。

若未選擇有效的網絡內PCP，或未勾選自動指定PCP的勾選方塊，則會將網絡內PCP指定給受益人。可以隨時撥打保戶ID卡上的保戶服務號碼，來變更指定的PCP。



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 (Part D-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Part D-IRMAA。

收入有限的人士可能有資格獲得額外幫助 (Extra Help)，以支付他們的處方藥物費用。即使您現在有額外幫助，也可能需要重新申請重新認證。許多有資格申請這些補助的人並不知道自己符合申請資格。如欲瞭解更多與此項額外幫助有關的資訊，請聯絡您當地的社會安全辦公室，或致電1-800-772-1213與社會安全局聯絡。TTY使用者請撥打1-800-325-0778。您也可造訪<https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help>在線上申請額外幫助。

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：

☐ 社會安全局

☐ 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社會安全局／RRB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，我們會紙本寄帳單向您收取每月保費。）

僅適用於協助投保人填寫本表的個人

如果您是協助投保人填寫此表格的人士（即代理、經紀人、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：_____ 全國業務員編號（僅限代理／經紀人使用）：_____



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／經紀人姓名（如有協助投保）：

計畫ID號碼： 保險生效日期： ____ / ____ / ____ (MM/DD/YYYY)

Wellcare銷售代表／授權代理

（完成申請的個別銷售代表/代理）

代理類型（請選擇一項）：☐ 授權代理 ☐ Wellcare員工

請填妥以下部分：

銷售代表／代理姓名：

銷售代表／代理NPN號碼：

機構／FMO隸屬關係（如適用）：

此資訊必須與您核准的Wellcare授權記錄相符。

代理電話號碼：(____) _____ - _____

電子郵件：

機構／FMO電話號碼（如適用）：(____) _____ - _____

銷售代表/授權代理申請收到日期： ____ / ____ / ____
(MM / DD / YYYY)

（申請表必須在此日期起1個日曆日內送達Wellcare。）

申請表收件地點：☐ 約訪 ☐ 銷售活動 ☐ 未預約者

☐ 其他（請註明）：

經紀人申請提交：銷售代表／代理必須將約訪範圍和投保申請表傳真至1-844-222-3180



投保期間資格證明

一般而言，您僅可以在每年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。

請仔細閱讀以下聲明，如有任何一項適用於您，請勾選方塊。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不正確，您可能會被退保。

請閱讀以下所有聲明再進行選擇。請將日期列為MM/DD/YYYY。

☐ 我是Medicare的新保戶。

*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。

☐ 我已經有了A部分 (住院保險)，而且最近首次投保了B部分 (醫療保險)。本人想要加入Medicare Advantage計畫。

☐ 我在我的A部分和／或B部分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)。
____ / ____ / ____

☐ 我一直都有Medicare，但即將年滿65歲。

☐ 我已投保Medicare Advantage計畫，並希望在Medicare Advantage開放投保期 (MA OEP) 內進行變更。

☐ 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)。

____ / ____ / ____

☐ 我在國外生活後搬回美國。我的返回日期是 (填入日期)。

____ / ____ / ____

☐ 我剛出獄。我的獲釋日期是 (填入日期)。

____ / ____ / ____

☐ 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)。

____ / ____ / ____

☐ 我住在長期照護機構，例如護理院或復健醫院。

*注意：必須在表單上填寫長期照護機構資訊。

☐ 我最近搬出了長期照護機構，例如護理院或復健醫院。

*注意：必須在表單上填寫長期照護機構資訊。

我搬出該機構的日期是 (填入日期)。

____ / ____ / ____



- ☐ 我離開雇主或工會提供的保險（包括COBRA保險），離開的日期是（填入日期）。 _____ / _____ / _____
- ☐ 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）。 _____ / _____ / _____
- ☐ 我現有的計畫在即將到來的合約年度將不再續約。
*註：此SEP僅於12月8日至2月的最後一天有效。
- ☐ 本人喪失了承保，因為Medicare終止了其與本人計畫的合約。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）。 _____ / _____ / _____
- ☐ 我退出了PACE（年長者全套照護計畫）。我離開該計畫的日期是（填入日期）。 _____ / _____ / _____
- ☐ 我失去了特殊需求計畫，因為我不再擁有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）。 _____ / _____ / _____
- ☐ 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）。 _____ / _____ / _____
- ☐ 我最近變更我的Medicaid（新加入Medicaid、Medicaid層級變更或失去Medicaid），日期為（填入日期）。 _____ / _____ / _____
- ☐ 我最近在藥物費用額外幫助支付方面有所變更（新近獲得額外幫助、額外幫助層級變更，或失去額外幫助），日期為（填入日期）。 _____ / _____ / _____
- ☐ 我已投保由Medicare（或我的所在州）提供的計畫，我希望另選計畫。
我的計畫投保開始於（填入日期）。 _____ / _____ / _____
- ☐ 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。
- ☐ 我將失去州藥物協助計畫的補助。我失去補助的日期是（填入日期）。 _____ / _____ / _____
- ☐ 本人或協助本人作出醫療決策的依賴對象，曾受緊急事件或重大災難影響（該災難須經聯邦緊急事務管理署、聯邦政府、本州政府或地方政府宣告為災難狀態）。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： _____



- ☐ 本人將投保一項5星級Medicare計畫。
- ☐ 我參加的計畫在過去3年的星級評級都低於3星。我想加入星級評級為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。我想投保，因為我有時間作出投保決定。
我先前要求的便於閱讀的格式為：

*註：無障礙格式包括但不限於盲文、資料CD、大字版

- ☐ 我支付A部分的保費，並在一般投保期間（每年1月1日至3月31日）投保B部分。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。
* 如果您支付A部分的保費，並在一般投保期間內投保B部分，您將在投保B部分後有2個月的時間加入計畫。
我投保的日期是（填入日期）。 _____ / _____ / _____
- ☐ 我因特殊情況而符合資格，於特殊投保期內投保了A部分（醫院保險）或B部分（醫療保險）。
我投保的日期是（填入日期）。 _____ / _____ / _____
- ☐ 我擁有Medicare並獲得完整的Medicaid福利。我希望投保全面整合雙重資格特殊需求計畫（FIDE SNP）、高度整合雙重資格特殊需求計畫（HIDE SNP）或適用整合計畫（AIP）。
- ☐ 我透過Medicare Advantage計畫擁有Medicare藥物承保（D部分）。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可信藥物承保。*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。我們的上班時間為，10月1日至12月15日，代表的服務時間為週日至週六上午8點至晚上8點；12月16日至9月30日，代表的服務時間為週一至週六上午8點至晚上8點。

您必須繼續支付Medicare Part B保費。



