

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



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：您必須完成標示星號 (*) 的所有問題。未標示星號 (*) 的問題為選填 – 您不會因為未填寫這些內容而被拒絕承保。



您是否曾經考慮改為在

[go.wellcare.com/OhanaHI](https://www.go.wellcare.com/OhanaHI) 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 (或鐵路退休委員會) 福利扣除您的保費付款。

接下來怎麼辦？

將填妥並簽名的表單寄送至：

Wellcare By 'Ohana Health Plan

PO Box 31395

Tampa, FL

33631-3395

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？

致電 **1-844-480-0680** 與 Wellcare By 'Ohana Health Plan 聯絡。

TTY 使用者請致電 **711**。或請致電 Medicare，電話號碼為：**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**。TTY 使用者請致電 **1-877-486-2048**。

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。

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。

請閱讀並回答這些重要問題：

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

是 否

如果回答「是」，請列出您的其他保險和用於該保險的識別 (ID) 號碼：

*其他保險的名稱：

*此保險的保戶編號：

*此保險的團體編號：

2. 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：

*3. 請提供您的州 Medicaid 計畫編號：

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。

4. 您或您的配偶是否有工作？ 是 否

如果您希望我們以英語以外的語言或便於閱讀的格式向您寄送資訊，請勾選以下其中一個方塊：

<input type="checkbox"/> 中文 (如有)	<input type="checkbox"/> 韓語 (如有)	<input type="checkbox"/> 苗族語 (如有)
<input type="checkbox"/> 他加祿語 (如有)	<input type="checkbox"/> 寮語 (如有)	<input type="checkbox"/> 柬埔寨語/高棉語 (如有)
<input type="checkbox"/> 夏威夷語 (如有)	<input type="checkbox"/> 日語 (如有)	<input type="checkbox"/> 越南語 (如有)
<input type="checkbox"/> 薩摩亞語 (如有)	<input type="checkbox"/> 泰語 (如有)	<input type="checkbox"/> 伊洛卡諾語 (如有)
<input type="checkbox"/> 大字版	<input type="checkbox"/> 盲文版	<input type="checkbox"/> 音訊 CD <input type="checkbox"/> 資料 CD

如果您需要上述以外的無障礙格式或語言，請聯絡 Wellcare，電話是 1-844-480-0680 (TTY 使用者請致電 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)。目前的保戶也可以撥打您保戶 ID 卡上列出的電話號碼。

持照代表：

路由號碼 (必須是 9 位數)

帳號

帳戶類型： 支票 儲蓄

帳戶持有人簽名：(若與投保人不同) _____

我同意此授權將永遠有效，直到我提供書面通知終止本服務為止。

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 (如果符合資格)。

我每月從以下機構獲得福利： 社會安全局 鐵路退休委員會

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，或是在投保生效日之後才開始核准扣款，我們會寄帳單向您收取每月保費。

取得月保費付款的付款券手冊。

注意：您可以透過信用卡或銀行帳戶 (支票/儲蓄) 扣款等方式來支付計畫保費，而不使用每月付款券。若要設定付款，請造訪我們的網站 go.wellcare.com/OhanaHI，或致電 1-844-480-0680 與 Wellcare 聯絡。TTY 使用者請致電 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)。



請閱讀以下重要資訊：

對於 MAPD 計畫：如果您目前享有僱主或工會提供的健保，加入 Wellcare 計畫可能會影響您僱主或工會的健康福利。如果您加入 Wellcare，您可能會喪失由僱主或工會提供的健保。請參閱您僱主或工會寄給您的通訊資料。如果您有疑問，請瀏覽僱主或工會的網站，或與僱主或工會通訊資料中所列的辦公室聯絡。如果您沒有任何聯絡人的資訊，福利管理員或負責解答承保相關問題的辦公室可提供協助。

請閱讀並在下方簽名：

- 我必須同時保留住院 (Part A) 和醫療 (Part B) 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，則可能會影響參保該計畫。
- 我瞭解，只能在同一時間投保一項 MA 或 Part D 計畫，並且投保本計畫便會自動終止我在其他 MA 或 Part D 計畫的投保 (MA PFFS、MA MSA 計畫除外)。
- 我瞭解從 Wellcare 承保開始生效起，我即必須透過 Wellcare 獲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。

持照代表：

根據 1995 年的《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。

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，則可能會影響參保該計畫。

'Ohana Health Plan 是由 Wellcare Health Insurance of Arizona, Inc. 提供的計畫。

