

ແບບຟອມການຮ້ອງຂໍການລົງທະບຽນ ສ່ວນບຸກຄົນ ເພື່ອລົງທະບຽນໃນ ແຜນການ Medicare Advantage (ພາກ C)



ກວດເບິ່ງສະຖານະຄໍາຮ້ອງສະໝັກຂອງ
ທ່ານທີ່ນີ້:
wellcare.com/applicationtracker



ທ່ານເຄີຍຄິດກ່ຽວກັບການລົງທະບຽນຢູ່
go.wellcare.com/OhanaHI ແທນບໍ່? ມັນເປັນ
ວິທີທີ່ໄວ, ປອດໄພ ແລະ ງ່າຍຕໍ່ການສະໝັກ

ໃຜສາມາດໃຊ້ແບບຟອມນີ້?

ຄົນທີ່ມີ Medicare ຜູ້ທີ່ຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມແຜນການ
Medicare Advantage

ເພື່ອເຂົ້າຮ່ວມແຜນການ, ທ່ານຕ້ອງ:

- ເປັນພົນລະເມືອງສະຫະລັດ ຫຼື ຢູ່ໃນສະຫະລັດຢ່າງ
ຖືກກົດໝາຍ.
- ອາໄສຢູ່ໃນເຂດບໍລິການຂອງແຜນການ

ສໍາຄັນ: ເພື່ອເຂົ້າຮ່ວມແຜນການ Medicare
Advantage, ທ່ານຕ້ອງມີທັງສອງຢ່າງ:

- Medicare Part A (ປະກັນໄພໂຮງໝໍ)
- Medicare Part B (ການປະກັນໄພທາງການແພດ)

ຂ້ອຍໃຊ້ແບບຟອມນີ້ເມື່ອໃດ?

ທ່ານສາມາດເຂົ້າຮ່ວມແຜນການ:

- ລະຫວ່າງ ວັນທີ 15 ຕຸລາ-7 ທັນວາ ໃນແຕ່ລະປີ
(ສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງເລີ່ມແຕ່ ວັນທີ 1 ມັງກອນ)
- ພາຍໃນ 3 ເດືອນທໍາອິດທີ່ໄດ້ຮັບ Medicare
- ໃນບາງສະຖານະການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້
ເຂົ້າຮ່ວມ ຫຼື ປ່ຽນແຜນການ

ເຂົ້າເບິ່ງ [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) ເພື່ອສຶກສາເພີ່ມເຕີມ
ກ່ຽວກັບເວລາທີ່ທ່ານສາມາດສະໝັກແຜນການໄດ້.

ຂ້ອຍຕ້ອງການຫຍັງເພື່ອເຮັດແບບຟອມນີ້?

- ໝາຍເລກ Medicare ຂອງທ່ານ (ຕົວເລກຢູ່ໃນບັດ
Medicare ສີແດງ, ສີຂາວ ແລະ ສີຟ້າ)
- ທີ່ຢູ່ຖາວອນ ແລະ ເບີໂທລະສັບຂອງທ່ານ

ໝາຍເຫດ: ທ່ານຕ້ອງຕອບຄໍາຖາມທັງໝົດດ້ວຍ
ເຄື່ອງໝາຍດາວ (*). ຄໍາຖາມທີ່ບໍ່ມີຮູບດາວ (*) ແມ່ນ
ເປັນທາງເລືອກ – ທ່ານບໍ່ສາມາດຖືກປະຕິເສດ
ການຄຸ້ມຄອງໄດ້ ເພາະວ່າທ່ານບໍ່ໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່.

ການແຈ້ງເຕືອນ:

- ຖ້າທ່ານຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມແຜນການໃນລະຫວ່າງ
ການລົງທະບຽນໃນລະດູໃບໄມ້ປິ່ງ (15 ຕຸລາ – 7 ທັນວາ),
ແຜນການຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບແບບຟອມທີ່ສໍາເລັດພາຍໃນ ວັນທີ
7 ເດືອນທັນວາ.
- ແຜນການຂອງທ່ານຈະສົ່ງໃບບິນຄ່າປະກັນໄພຂອງ
ແຜນການໃຫ້ທ່ານ. ທ່ານສາມາດເລືອກທີ່ຈະລົງທະບຽນ
ເພື່ອມີການຈ່າຍເງິນຄ່າປະກັນໄພຂອງທ່ານຖືກຫັກ
ອອກຈາກບັນຊີທະນາຄານຂອງທ່ານ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດ
ປະກັນສັງຄົມປະຈໍາເດືອນຂອງທ່ານ (ຫຼື ຄະນະກຳມະການ
ບໍານານທາງລົດໄຟ).

ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນຕໍ່ໄປ?

ສິ່ງແບບຟອມທີ່ສໍາເລັດ ແລະ ລົງນາມຂອງທ່ານໄປທີ່:

Wellcare By 'Ohana Health Plan

PO Box 31395

Tampa, FL

33631-3395

ເມື່ອພວກເຂົາປະມວນຜົນການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານເພື່ອ
ເຂົ້າຮ່ວມ, ພວກເຂົາຈະຕິດຕໍ່ຫາ ທ່ານ.

ຂ້ອຍຈະຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກັບແບບຟອມນີ້ໄດ້ແນວ ໃດ?

ໂທຫາ Wellcare By 'Ohana Health Plan ທີ່ເບີ

1-844-480-0680.

ຜູ້ໃຊ້ TTY ສາມາດໂທຫາ 711. ຫຼື ໂທຫາ Medicare ທີ່

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ຜູ້ໃຊ້ TTY ສາມາດ

ໂທຫາ 1-877-486-2048.

ບຸກຄົນທີ່ປະສົບກັບການຂາດທີ່ຢູ່ອາໄສ

- ຖ້າທ່ານຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມແຜນການ ແຕ່ບໍ່ມີທີ່ຢູ່ອາໄສ
ຖາວອນ, ຕັ້ງໄປສະນີ, ທີ່ຢູ່ຂອງສູນພັກເຊົາ ຫຼື ຄລິນິກ ຫຼື ທີ່ຢູ່
ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈົດໝາຍ (ເຊັ່ນ: ການກວດກາປະກັນສັງຄົມ)
ອາດຖືວ່າເປັນທີ່ຢູ່ອາໄສຖາວອນຂອງທ່ານ.

ສໍາຄັນ

ຢ່າສົງແບບຟອມນີ້ ຫຼື ລາຍການໃດໆທີ່ມີຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ (ເຊັ່ນ: ການຮຽກຮ້ອງ, ການຈ່າຍເງິນ, ບັນທຶກ ທາງການແພດ ແລະອື່ນໆ) ໄປໃຫ້ຫ້ອງການເກັບກູ້ລາຍງານ PRA. ລາຍການໃດໆທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບ ທີ່ບໍ່ແມ່ນກ່ຽວກັບວິທີການປັບປຸງແບບຟອມນີ້ ຫຼື ພາລະການເກັບລວບລວມຂອງມັນ (ລະບຸໄວ້ໃນ OMB 0938-1378) ຈະຖືກທຳລາຍ. ມັນຈະບໍ່ຖືກເກັບຮັກສາ, ທົບທວນ ຫຼື ສົ່ງຕໍ່ຫາແຜນການ. ເບິ່ງ “ຈະເກີດ ຫຍັງຂຶ້ນຕໍ່ໄປ?” ໃນໜ້ານີ້ ເພື່ອສົ່ງແບບຟອມທີ່ເຮັດສໍາເລັດຂອງທ່ານໄປຫາແຜນການ.

5146468 HI6WCMAPPLAO M 0000

[illegible]

ວິທີການຕິດຕໍ່ທີ່ຕ້ອງການ: ທາງໂທລະສັບ ສົ່ງຂໍ້ຄວາມ ອີເມວ

(ກະລຸນາສັງເກດວ່າ ການສື່ສານອາດຈະຖືກສົ່ງອອກມາເໝືອນການເລືອກ 'ວິທີການຕິດຕໍ່ທີ່ຕ້ອງການ')

(ຢ່າໃສ່ຕູ້ໄປສະນີ. ໝາຍເຫດ: ສໍາລັບບຸກຄົນທີ່ປະສົບກັບການຂາດທີ່ຢູ່ອາໄສ, ຕູ້ໄປສະນີອາດຈະຖືກພິຈາລະນາເປັນທີ່ຢູ່ອາໄສຖາວອນຂອງທ່ານ.): ☐ ປະສົບກັບຄວາມບໍ່ມີທີ່ຢູ່ອາໄສ

*ທີ່ຢູ່ຖະໜົນຂອງຜູ້ຢູ່ອາໄສຖາວອນ:

[illegible][illegible][illegible]

*ລະຫັດໄປສະນີ:

--	--	--	--	--

*ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ: (ພຽງແຕ່ຖ້າແຕກຕ່າງຈາກທີ່ຢູ່ອາໄສຖາວອນຂອງທ່ານ, ຕູ້ໄປສະນີແມ່ນອະນຸຍາດ)

[illegible][illegible]

*ລະຫັດໄປສະນີ:

--	--	--	--	--

ຂໍ້ມູນຕິດຕໍ່ສຸກເສີນ (ທາງເລືອກ):

[illegible]

ໝາຍເລກໂທລະສັບ:

[illegible]

ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນການປະກັນໄພ Medicare ຂອງທ່ານ

**ກະລຸນາເອົາບັດ Medicare ສີແດງ,
ສີຂາວ ແລະ ສີຟ້າຂອງທ່ານອອກ
ເພື່ອໃຫ້ສຳເລັດໃນພາກນີ້.**

- ຕື່ມຂໍ້ມູນນີ້ຕາມທີ່ມັນປາກົດຢູ່ໃນບັດ Medicare ຂອງທ່ານ.
 - ຫຼື -
- ແນບສໍາເນົາບັດ Medicare ຫຼື ຈົດໝາຍຂອງທ່ານຈາກປະກັນສັງຄົມ ຫຼື ຄະນະກຳມະການເງິນບໍານານທາງລົດໄຟ.

ຊື່ (ຕາມທີ່ມັນປາກົດຢູ່ໃນບັດ Medicare ຂອງທ່ານ):

*ໝາຍເລກ Medicare:

[illegible]

មិនិត្យ: ថ្ងៃខែឆ្នាំ: (MMDDYYYY)

ໂຮງໝໍ (ພາກ A)							
---------------	--	--	--	--	--	--	--

ທາງການແພດ (ພາກ B)							
-------------------	--	--	--	--	--	--	--

ທ່ານຕ້ອງມີ Medicare Part A ແລະ Part B ເພື່ອເຂົ້າຮ່ວມແຜນ
Medicare Advantage.

ກະລຸນາອ່ານ ແລະ ຕອບຄໍາຖາມທີ່ສໍາຄັນເຫຼົ່ານີ້:

*1. ທ່ານຈະມີການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດອື່ນບໍ່ (ເຊັ່ນ: VA, TRICARE) ນອກຈາກ Wellcare?

☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່

ຖ້າ "ແມ່ນ" ກະລຸນາບອກລາຍຊື່ການຄຸ້ມຄອງອື່ນໆຂອງທ່ານ ແລະ ເລກປະຈຳຕົວ (ID) ຂອງທ່ານສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງນີ້:

*ຊື່ຂອງການຄຸ້ມຄອງອື່ນໆ:

*ໝາຍເລກສະມາຊິກສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງນີ້:

*ໝາຍເລກກຸ່ມສໍາລັບການຄຸ້ມຄອງນີ້:

2. ທ່ານເປັນຜູ້ຢູ່ອາໄສຂອງສະຖານທີ່ດູແລໄລຍະຍາວ ເຊັ່ນ: ເຮືອນພະຍາບານບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່

ຖ້າ "ແມ່ນ", ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້:

ຊື່ສະຖາບັນ:

ທີ່ຢູ່ຂອງສະຖາບັນ (ເລກທີ ແລະ ຖະໜົນ):

ເມືອງ: ລັດ:

ລະຫັດໄປສະນີ: ໝາຍເລກໂທລະສັບ:

*3. ກະລຸນາໃຫ້ໝາຍເລກໂຄງການ Medicaid ຂອງລັດຂອງທ່ານ:

ກະລຸນາໃສ່ໝາຍເລກ Medicaid ສໍາລັບແຜນການ D-SNP. ໝາຍເລກ Medicaid ທີ່ຂາດຫາຍໄປອາດສົ່ງຜົນໃຫ້ການປະມວນຜົນໃບສະໝັກຊັກຊ້າ ແລະ ອາດຈະຖືກປະຕິເສດໃບສະໝັກ.

4. ທ່ານ ຫຼື ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານເຮັດວຽກບໍ່? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່

ກະລຸນາໝາຍເອົາໜຶ່ງໃນປ້ອງທາງລຸ່ມນີ້ ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາສົ່ງຂໍ້ມູນໃຫ້ທ່ານເປັນພາສານອກເໝືອນໄປຈາກພາສາອັງກິດ ຫຼື ໃນຮູບແບບທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້:

☐ ຈີນ (ຖ້າມີ) ☐ ເກົາຫຼີ (ຖ້າມີ) ☐ ມົ້ງ (ຖ້າມີ)

☐ ຕາກາລັອກ (ຖ້າມີ) ☐ ລາວ (ຖ້າມີ) ☐ ກຳປູເຈຍ/ຂະເໝນ (ຖ້າມີ)

☐ ຮາວາຍ (ຖ້າມີ) ☐ ຍີ່ປຸ່ນ (ຖ້າມີ) ☐ ຫວຽດນາມ (ຖ້າມີ)

☐ ຊາມົວ (ຖ້າມີ) ☐ ໄທ (ຖ້າມີ) ☐ ອິໂລກາໂນ (ຖ້າມີ)

☐ ຕົວພິມໃຫຍ່ ☐ ຕົວໜັງສືນຸນ ☐ ຊີດີສຽງ ☐ ຊີດີຂໍ້ມູນ

[illegible]

ກະລຸນາເລືອກທາງເລືອກການຈ່າຍເງິນຄ່າປະກັນໄພ:

☐ ການໂອນເງິນທາງອີເລັກໂທຣນິກ (EFT) ຈາກບັນຊີທະນາຄານຂອງທ່ານໃນແຕ່ລະເດືອນ.

ທ່ານຈະບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງຈື່ຈຳທີ່ຈະສົ່ງເຊັກໃນແຕ່ລະເດືອນ.

ເງິນຈະຖືກຮ່າງໂດຍອັດຕະໂນມັດຈາກບັນຊີຂອງທ່ານໃນລະຫວ່າງ ວັນທີ 15 ຈົນຮອດວັນທີ 20 ຂອງແຕ່ລະເດືອນ.

ກະລຸນາໃສ່ເຊັກທີ່ຍົກເລີກ ຫຼື ໃຫ້ສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

ຊື່ເຈົ້າຂອງບັນຊີ: _____
(ພິມຊື່ຕາມທີ່ມັນປາກົດຢູ່ໃນບັນຊີທີ່ຈະຫັກອອກ.)

ຊື່ທະນາຄານ: _____

ໝາຍເລກເສັ້ນທາງ (ຕ້ອງເປັນຕົວເລກ 9 ຕົວເລກ)

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

ໝາຍເລກບັນຊີ

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

ປະເພດບັນຊີ: ☐ ເຊັກ ☐ ເງິນຝາກປະຢັດ

ລາຍເຊັນຂອງເຈົ້າຂອງບັນຊີ: (ຖ້າແຕກຕ່າງຈາກຜູ້ລົງທະບຽນ) _____

ຂ້າພະເຈົ້າຍອມຮັບວ່າ ການອະນຸຍາດນີ້ຈະຍັງຄົງມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຈົນກວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະໃຫ້ການແຈ້ງເຕືອນເປັນລາຍລັກອັກສອນເພື່ອຢຸດການບໍລິການນີ້.

☐ ການຫັກເງິນອັດຕະໂນມັດຈາກການກວດສອບເງິນປະກັນສັງຄົມ ຫຼື ຄະນະກຳມະການເງິນບຳນານທາງລົດໄຟ (RRB) ປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານ (ຖ້າມີ).

ຂ້ອຍໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດປະຈຳເດືອນຈາກ: ☐ ປະກັນສັງຄົມ ☐ ຄະນະກຳມະການເງິນບຳນານທາງລົດໄຟ

ການຫັກເງິນປະກັນສັງຄົມ/RRB ອາດຈະໃຊ້ເວລາສອງເດືອນ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ ເພື່ອເລີ່ມຕົ້ນຫຼັງຈາກປະກັນສັງຄົມ ຫຼື RRB ອະນຸມັດການຫັກອອກ. ໃນກໍລະນີຫຼາຍທີ່ສຸດ, ຖ້າປະກັນສັງຄົມ ຫຼື RRB ຍອມຮັບຄຳຮ້ອງຂໍການຫັກເງິນອັດຕະໂນມັດຂອງທ່ານ, ການຫັກອອກຄັ້ງທຳອິດຈາກການກວດສອບຜົນປະໂຫຍດປະກັນສັງຄົມ ຫຼື RRB ຂອງທ່ານ ຈະລວມເອົາຄ່າປະກັນໄພທັງໝົດ ເນື່ອງຈາກການລົງທະບຽນຂອງທ່ານມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຈົນເຖິງຈຸດການຫັກຈ່າຍເລີ່ມຕົ້ນ. ຖ້າປະກັນສັງຄົມ ຫຼື RRB ບໍ່ອະນຸມັດຄຳຮ້ອງຂໍການຫັກເງິນອັດຕະໂນມັດຂອງທ່ານ, ຫຼື ອະນຸມັດການຫັກເງິນເລີ່ມຕົ້ນຫຼັງຈາກວັນທີລົງທະບຽນມີຜົນບັງຄັບໃຊ້, ພວກເຮົາຈະສົ່ງໃບບິນຄ່າປະກັນໄພປະຈຳເດືອນໃຫ້ທ່ານ.

☐ ເອົາປຶ້ມຄູປອງສຳລັບການຈ່າຍເງິນຄ່າປະກັນໄພປະຈຳເດືອນ.

ໝາຍເຫດ: ທ່ານອາດຈະຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພແຜນຂອງທ່ານດ້ວຍບັດເຄຣດິດ ຫຼື ໂດຍການຫັກອອກຈາກບັນຊີທະນາຄານຂອງທ່ານ (ເຊັກ/ເງິນຝາກປະຢັດ) ແທນທີ່ຈະໃຊ້ຄູປອງລາຍເດືອນ. ເພື່ອຕັ້ງຄ່າການຈ່າຍເງິນຂອງທ່ານ, ໃຫ້ເຂົ້າໄປທີ່ເວັບໄຊທ໌ຂອງພວກເຮົາທີ່ go.wellcare.com/OhanaHI ຫຼື ໂທຫາ Wellcare ທີ່ 1-844-480-0680. ຜູ້ໃຊ້ TTY ສາມາດໂທຫາ 711. ພວກເຮົາເປີດ ວັນອາທິດ - ວັນເສົາ, 8 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ. (ເຂດເວລາທັງໝົດ).



ກະລຸນາອ່ານຂໍ້ມູນທີ່ສໍາຄັນນີ້:

ສໍາລັບແຜນການ MAPD: ຖ້າປະຈຸບັນທ່ານມີການຄຸ້ມຄອງສະພາບຈາກນາຍຈ້າງ ຫຼື ສະຫະພັນ, ການເຂົ້າຮ່ວມແຜນ Wellcare ສາມາດສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ນາຍຈ້າງ ຫຼື ຜົນປະໂຫຍດດ້ານສະພາບຂອງສະຫະພັນຂອງທ່ານ. ທ່ານສາມາດສູນເສຍການປະກັນໄພສະພາບຂອງນາຍຈ້າງ ຫຼື ສະຫະພັນທາງທ່ານເຂົ້າຮ່ວມ Wellcare. ອ່ານການສື່ສານທີ່ນາຍຈ້າງ ຫຼື ສະຫະພັນຂອງທ່ານສົ່ງໃຫ້ທ່ານ. ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມ, ເຂົ້າເບິ່ງເວັບໄຊທ໌ຂອງເຂົາເຈົ້າ ຫຼື ຕິດຕໍ່ຫ້ອງການທີ່ມີລາຍຊື່ຢູ່ໃນ ການສື່ສານຂອງເຂົາເຈົ້າ. ຖ້າບໍ່ມີຂໍ້ມູນວ່າຈະຕິດຕໍ່ກັບໃຜ, ຜູ້ເບິ່ງແຍງຜົນປະໂຫຍດຂອງເຈົ້າ ຫຼື ຫ້ອງການທີ່ຕອບຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການຄຸ້ມຄອງຂອງທ່ານສາມາດຊ່ວຍໄດ້.

ກະລຸນາອ່ານ ແລະ ລົງນາມ:

- ຂ້ອຍຕ້ອງຮັກສາທັງໂຮງໝໍ (ພາກ A) ແລະ ການແພດ (ສ່ວນ B) ເພື່ອຢູ່ໃນ Wellcare.
- ໂດຍການເຂົ້າຮ່ວມແຜນປະໂຫຍດຂອງ Medicare ນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າ Wellcare ຈະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າກັບ Medicare, ຜູ້ທີ່ອາດຈະໃຊ້ມັນເພື່ອຕິດຕາມການລົງທະບຽນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ເພື່ອຈ່າຍເງິນ ແລະ ເພື່ອຈຸດປະສົງອື່ນໆທີ່ກົດໝາຍລັດຖະບານກາງອະນຸຍາດໃຫ້ເກັບກຳຂໍ້ມູນນີ້ (ເບິ່ງ ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂ້າງລຸ່ມນີ້). ຄໍາຕອບຂອງທ່ານຕໍ່ແບບຟອມນີ້ແມ່ນດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ການບໍ່ຕອບສະໜອງອາດຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການລົງທະບຽນໃນແຜນການ.
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນ MA ຫຼື ພາກ D ໄດ້ເທື່ອລະອັນ – ແລະ ການລົງທະບຽນນັ້ນໃນ ແຜນການນີ້ຈະສິ້ນສຸດການລົງທະບຽນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນແຜນ MA ຫຼື ພາກ D ອື່ນໂດຍອັດຕະໂນມັດ (ມີຂໍ້ຍົກເວັ້ນສໍາລັບແຜນການ MA PFFS, MA MSA).
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ເມື່ອການຄຸ້ມຄອງ Wellcare ຂອງຂ້າພະເຈົ້າເລີ່ມຕົ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຢາ ແລະ ຢາຕາມໃບສັງແພດທັງໝົດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຈາກ Wellcare. ຜົນປະໂຫຍດ ແລະ ການບໍລິການທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍ Wellcare ແລະ ມີຢູ່ໃນເອກະສານ “ຫຼັກຖານຂອງການຄຸ້ມຄອງ” Wellcare ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ຍັງເອີ້ນວ່າ ສັນຍາສະມາຊິກ ຫຼື ສັນຍາຜູ້ສະໝັກສະມາຊິກ) ຈະຖືກຄຸ້ມຄອງ. ທັງ Medicare ຫຼື Wellcare ຈະບໍ່ຈ່າຍຄ່າຜົນປະໂຫຍດ ຫຼື ການບໍລິການທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ.
- ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບແບບຟອມການລົງທະບຽນນີ້ແມ່ນຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າເຈດຕະນາໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກຍົກເລີກການລົງທະບຽນຈາກແຜນການ.
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ຫຼື ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຕາມກົດໝາຍໃນນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າ) ໃນໃບສະໝັກນີ້ໝາຍຄວາມວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ແລະ ເຂົ້າໃຈເນື້ອໃນຂອງໃບສະໝັກນີ້ແລ້ວ. ຖ້າລົງນາມໂດຍຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ (ດັ່ງທີ່ອະທິບາຍໄວ້ຂ້າງເທິງ), ລາຍເຊັນນີ້ຍັງຢືນວ່າ:

1) ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດ ເພື່ອເຮັດສໍາເລັດການລົງທະບຽນນີ້, ແລະ

2) ເອກະສານຂອງອໍານາດນີ້ແມ່ນມີໃຫ້ຕາມການຮ້ອງຂໍໂດຍ Medicare.

ໂດຍການລົງນາມໃນເອກະສານນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຮັບຮອງວ່າ, ຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດ, ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ສະໜອງໃຫ້ແມ່ນຄວາມຈິງ, ຄົບຖ້ວນ ແລະ ຖືກຕ້ອງ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຖ້າມັນຖືກກຳນົດວ່າຂໍ້ມູນນີ້ບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຖືກຍົກເລີກການລົງທະບຽນ.

ລາຍເຊັນ: _____

ວັນທີນີ້: _____

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

*ຖ້າທ່ານເປັນຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ, ທ່ານຕ້ອງເຊັນຊື່ ແລະ ໃຫ້ຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້.

ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ: _____

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

ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຈົດໝາຍທັງໝົດຖືກສົ່ງໄປຫາຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່

ທ່ານຕ້ອງການໂທຫາຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່

*ຊື່:

*ທີ່ຢູ່:

*ເມືອງ: *ລັດ: *ZIP:

*ໝາຍເລກໂທລະສັບ:

*ຄວາມສໍາພັນກັບຜູ້ລົງທະບຽນ:

ໃບຢັ້ງຢືນການມີສິດໄດ້ຮັບສໍາລັບໄລຍະເວລາລົງທະບຽນ

ໂດຍປົກກະຕິ, ທ່ານອາດຈະລົງທະບຽນໃນແຜນການ Medicare Advantage ພຽງແຕ່ໃນໄລຍະ

ການລົງທະບຽນປະຈຳປີຈາກເດືອນຕຸລາ 15 ຫາ 7 ເດືອນທັນວາຂອງແຕ່ລະປີ. ມີຂໍ້ຍົກເວັ້ນທີ່ອາດຈະອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານລົງທະບຽນໃນແຜນການ Medicare Advantage ຢູ່ນອກໄລຍະເວລານີ້. ຖ້ານີ້ແມ່ນຄັ້ງທໍາອິດທີ່ທ່ານໃຊ້ເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ Medicare, ແລະ ມັນເປັນເວລາຫຼາຍກວ່າ 90 ມື້ຂອງທ່ານທີ່ມີອາຍຸ 65 ປີ, "ຂ້ອຍໃໝ່ກັບ Medicare". SEP ບໍ່ໄດ້ນໍາໃຊ້, ດັ່ງນັ້ນ ກະລຸນາເລືອກ SEP ທີ່ເໝາະສົມຂ້າງລຸ່ມນີ້.

ກະລຸນາອ່ານຄໍາຖະແຫຼງການຕໍ່ໄປນີ້ຢ່າງລະມັດລະວັງ ແລະ ໝາຍໃສ່ໃນປ້ອງ ຖ້າຫາກວ່າຄໍາຖະແຫຼງທີ່ໃຊ້ໄດ້ກັບທ່ານ. ໂດຍ ການຕື່ມກ່ອງໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້ ທ່ານກໍາລັງຢັ້ງຢືນວ່າ, ຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງທ່ານ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນ. ຖ້າພວກເຮົາກວດສອບພາຍຫຼັງວ່າຂໍ້ມູນນີ້ບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ທ່ານອາດຈະຖືກຍົກເລີກການລົງທະບຽນ.

ຖ້າຄໍາຖະແຫຼງທີ່ທ່ານເລືອກຕ້ອງການວັນທີ, ກະລຸນາໃຊ້ຮູບແບບຕໍ່ໄປນີ້: MMDDYYYY

ກະລຸນາອ່ານຂໍ້ຄວາມທັງໝົດຂ້າງລຸ່ມນີ້ກ່ອນທີ່ຈະເລືອກ.

- ☐ ຂ້ອຍໃໝ່ກັບ Medicare.
*ກະລຸນາເລືອກພຽງແຕ່ຖ້າທ່ານມີ 1. ມີສິດໃໝ່; 2. ທ່ານຢູ່ໃນ 90 ມື້ຂອງການມີອາຍຸ 65 ຫຼື ທ່ານບໍ່ດົນມານີ້ມີອາຍຸ 65 ພາຍໃນ 90 ມື້ທີ່ຜ່ານມາ; 3. ຜູ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໃໝ່; ຫຼື 4. ມີສິດໃໝ່ແຕ່ກ່ອນໜ້ານີ້ພຽງແຕ່ໄດ້ຮັບ Medicare ຜ່ານຄວາມພິການ.
*ຖ້າການຄຸ້ມຄອງນາຍຈ້າງຂອງທ່ານໄດ້ສິ້ນສຸດລົງເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ ແລະ ນີ້ແມ່ນຄັ້ງທໍາອິດຂອງທ່ານທີ່ໃຊ້ Medicare, ກະລຸນາເລືອກ SEP "ຂ້ອຍອອກຈາກການຄຸ້ມຄອງຈາກນາຍຈ້າງ ຫຼື ສະຫະພັນຂອງຂ້ອຍ" SEP ຂ້າງລຸ່ມນີ້.
- ☐ ໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນລາຍປີ (AEP) ວັນທີ 15 ຕຸລາ ຫາ ວັນທີ 7 ທັນວາທຸກໆປີ.
- ☐ ຂ້ອຍມີ ພາກ A/D ແລະ ເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ໄດ້ລົງທະບຽນສໍາລັບ ພາກ B. ຂ້ອຍຢາກລົງທະບຽນເຂົ້າຮ່ວມແຜນການ MA.
- ☐ ຂ້ອຍໃໝ່ກັບ Medicare, ແລະ ຂ້ອຍໄດ້ຮັບການແຈ້ງເຕືອນກ່ຽວກັບການໄດ້ຮັບ Medicare ຫຼັງຈາກການຄຸ້ມຄອງພາກ A ແລະ/ຫຼື ພາກ B ຂອງຂ້ອຍເລີ່ມຕົ້ນ. ຂ້ອຍໄດ້ຮັບການແຈ້ງເຕືອນເມື່ອ:
- ☐ ຂ້ອຍມີ Medicare ກ່ອນນີ້, ແຕ່ຕອນນີ້ຂ້ອຍອາຍຸ 65 ປີແລ້ວ.

- H9916_WCM_4635357_LAO_0_C
©Wellcare 2025

ໜ້າ 8 ຈາກ 11

5146468_HI6WCMAPPLAO_M_0000

21. ☐ ຂ້ອຍມີການປ່ຽນແປງໃນ Medicaid ຂອງຂ້ອຍເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ (ໄດ້ຮັບ Medicaid ໃໝ່, ມີການປ່ຽນແປງລະດັບ Medicaid ຂອງຂ້ອຍ, ຫຼື ສູນເສຍ Medicaid) ໃນ .
22. ☐ ເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ຂ້ອຍມີການປ່ຽນແປງໃນການຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມຂອງຂ້ອຍ ໃນການຈ່າຍເງິນຄ່າຢາຂອງຂ້ອຍ (ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດໃໝ່, ມີ ການປ່ຽນແປງລະດັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດຂອງຂ້ອຍ, ຫຼື ສູນເສຍການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ) ໃນ .
23. ☐ ຂ້ອຍໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນການໂດຍ Medicare (ຫຼື ລັດຂອງຂ້ອຍ) ແລະ ຂ້ອຍຕ້ອງການເລືອກແຜນການອື່ນ. ການ ລົງທະບຽນຂອງຂ້ອຍໃນແຜນການນັ້ນເລີ່ມຕົ້ນໃນ .
24. ☐ ຂ້ອຍຢູ່ໃນໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການຢາຂອງລັດ. ລັດຕໍ່ໄປນີ້ມີ SPAP ທີ່ມີຄຸນວຸດທິ: Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin.
25. ☐ ຂ້ອຍກຳລັງສູນເສຍການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອ ດ້ານຢາຂອງລັດ. ຂ້ອຍສູນເສຍການຊ່ວຍເຫຼືອໃນ .
26. ☐ ຂ້ອຍ, ຫຼື ບຸກຄົນທີ່ຂ້ອຍເພິ່ງພາໃນການຕັດສິນໃຈດ້ານການດູແລສຸຂະພາບ, ໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຈາກເຫດສຸກເສີນ ຫຼື ໄພພິບັດໃຫຍ່ (ຕາມການປະກາດໂດຍອົງການຄຸ້ມຄອງສຸກເສີນຂອງລັດຖະບານກາງ ຫຼື ໂດຍລັດຖະບານກາງ, ລັດຂອງຂ້ອຍ ຫຼື ລັດຖະບານທ້ອງຖິ່ນຂອງຂ້ອຍ). ໝູ່ໃນຄຳຖະແຫຼງອື່ນໆໃນໜ້ານີ້ໃຊ້ກັບຂ້ອຍ, ແຕ່ຂ້ອຍບໍ່ສາມາດເຮັດຄຳຮ້ອງຂໍຂອງຂ້ອຍໄດ້ເນື່ອງຈາກໄພພິບັດ.
ຂ້ອຍພາດໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນສຳລັບ:
27. ☐ ຂ້ອຍລົງທະບຽນໃນ Medicare 5 ດາວ.
28. ☐ **ຂ້ອຍຢູ່ໃນແຜນການທີ່ມີຄະແນນດາວໜ້ອຍກວ່າ 3 ດາວໃນ 3 ປີຜ່ານມາ. ຂ້ອຍຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມແຜນການທີ່ມີລະດັບດາວ 3 ດາວ ຫຼື ສູງກວ່າ.**
29. ☐ ຂ້ອຍຢູ່ໃນແຜນການທີ່ລັດຖິກຍຶດຄອງເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ ເນື່ອງຈາກບັນຫາທາງດ້ານການເງິນ (ການຮັບເງິນ). ຂ້ອຍ ຕ້ອງການປ່ຽນໄປໃຊ້ແຜນການອື່ນ.
30. ☐ ຂ້ອຍຮ້ອງຂໍເອກະສານໃນຮູບແບບທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້ ແລະ ບໍ່ໄດ້ຮັບມັນທັນເວລາ. ຂ້ອຍຕ້ອງການ ລົງທະບຽນຕອນນີ້ທີ່ຂ້ອຍມີເວລາໃນການຕັດສິນໃຈການລົງທະບຽນ. ຮູບແບບທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້ທີ່ຂ້ອຍຮ້ອງຂໍຜ່ານມາແມ່ນ:
*ໝາຍເຫດ: ຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງປະກອບມີ ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດກັບ ຕົວໜັງສືນູນ, ຊີດີຂໍ້ມູນ, ການພິມໃຫຍ່.
31. ☐ ຂ້ອຍຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພສຳລັບ ພາກ A ແລະ ຂ້ອຍໄດ້ລົງທະບຽນສຳລັບ ພາກ B ໃນລະຫວ່າງໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນທົ່ວໄປ (1 ມັງກອນ-31 ມີນາ ທຸກໆປີ). ຂ້ອຍຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມແຜນການຢາ Medicare (ພາກ D) ຫຼື ແຜນ Medicare Advantage ທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງຢາ.
32. ☐ ຂ້ອຍໄດ້ລົງທະບຽນສຳລັບ ພາກ A (ປະກັນໄພໂຮງໝໍ) ຫຼື ສ່ວນ B (ການປະກັນໄພທາງການແພດ) ໃນລະຫວ່າງໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນພິເສດທີ່ຂ້ອຍມີຄຸນສົມບັດ ເນື່ອງຈາກສະຖານະການພິເສດ.
33. ☐ ຂ້ອຍລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນ WellCare/Centene Medicaid ແລະ ຕ້ອງການລົງທະບຽນເຂົ້າຮ່ວມ WellCare/Centene ແບບ ປະສົມປະສານ D-SNP (FIDE SNP), ປະສົມປະສານສູງ D-SNP (HIDE D-SNP) ຫຼື ແຜນການປະສົມປະສານທີ່ໃຊ້ໄດ້ (AIP).

ຖ້າບໍ່ມີຂໍ້ຄວາມເຫຼົ່ານີ້ນຳໃຊ້ກັບທ່ານ ຫຼື ທ່ານບໍ່ແນ່ໃຈ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ Wellcare ທີ່ເບີ 1-844-480-0680 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 711) ເພື່ອເບິ່ງວ່າທ່ານມີສິດລົງທະບຽນຫຼືບໍ່. ພວກເຮົາເປີດ ວັນອາທິດ - ວັນເສົາ, 8 ໂມງເຊົ້າຫາ 8 ໂມງແລງ. (ເຂດເວລາທັງໝົດ).

ສຳລັບບຸກຄົນທີ່ຊ່ວຍລົງທະບຽນໃນການເຮັດແບບຟອມນີ້ເທົ່ານັ້ນ

ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ພາກສ່ວນນີ້ ຖ້າຫາກທ່ານເປັນບຸກຄົນ (ເຊັ່ນ: ຕົວແທນ, ນາຍໜ້າ, ທີ່ປົກສາ SHIP, ສະມາຊິກຄອບຄົວ, ຫຼື ພາກສ່ວນທີສາມ ອື່ນໆ) ຊ່ວຍຜູ້ລົງທະບຽນຕື່ມແບບຟອມນີ້.

ខ្ញុំ: _____ ព័ត៌មានសំខាន់ៗសម្រាប់អ្នកប្រឆាំងប្រព័ន្ធពីរ: _____

[illegible]

ຕົວແທນ/ຫ້ອງການທີ່ມີໃບອະນຸຍາດນຳໃຊ້ເທົ່ານັ້ນ:

ໂດຍການລົງນາມ ແລະ ສົ່ງເອກະສານສະບັບນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຮັບຮູ້ກ່າວວ່າ ຂໍ້ມູນທີ່ສະໜອງໃຫ້ພາຍໃນນັ້ນແມ່ນ ຄວາມຈິງ, ຄົບຖ້ວນ ແລະ ຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມຮູ້ ແລະ ຄວາມເຊື່ອທີ່ດີທີ່ສຸດ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ການເປີດເຜີຍ ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ການລະເວັ້ນອາດເປັນສາເຫດຂອງການປະຕິບັດລະບຽບວິໄນ, ຈົນເຖິງການຍົກເລີກການ ນັດໝາຍຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ຂໍ້ຕົກລົງຜູ້ຜະລິດ.

ຊື່ສະມາຊິກພະນັກງານ/ຕົວແທນ/ນາຍໜ້າ/ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີໃບອະນຸຍາດ (ຖ້າມີການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການລົງທະບຽນ):

[illegible]

ລາຍເຊັນຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ: _____

ວັນທີໄດ້ຮັບໃບສະໝັກ:

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

ID ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີໃບອະນຸຍາດ:

[illegible]

ជូនព័ត៌មានអំពីការបោះឆ្នោតរបស់លោកស្រី/លោក ហ៊ុន សែន លេខ:

ID ແຜນການ #: H

ວັນທີທີ່ມີຜົນສັກສິດຂອງການຄຸ້ມຄອງ:

M	M	D	D	Y	Y	Y

[illegible]

ອີງຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຫຼຸດຜ່ອນເອກະສານຂອງປີ 1995, ບໍ່ມີບຸກຄົນທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງຕອບສະໜອງການ

ລວບລວມຂໍ້ມູນ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າມັນສະແດງເລກຄວບຄຸມ OMB ທີ່ຖືກຕ້ອງ. ໝາຍເລກຄວບຄຸມ OMB ທີ່ຖືກຕ້ອງ
ສໍາລັບການເກັບກຳຂໍ້ມູນນີ້ແມ່ນ 0938-1378. ເວລາທີ່ຕ້ອງການເພື່ອເຮັດສໍາເລັດຂໍ້ມູນນີ້ແມ່ນຄາດຄະເນໂດຍສະເລ່ຍ
20 ນາທີຕໍ່ການຕອບສະໜອງ, ລວມທັງ ເວລາທີ່ຈະທົບທວນຄໍາແນະນໍາ, ຄົ້ນຫາຊັບພະຍາກອນຂໍ້ມູນທີ່ມີຢູ່,
ລວບລວມຂໍ້ມູນທີ່ຈໍາເປັນ ແລະ ເຮັດສໍາເລັດ ແລະ ທົບທວນການລວບລວມຂໍ້ມູນ. ຖ້າຫາກທ່ານມີຄໍາຄິດເຫັນໃດໆ
ກ່ຽວກັບຄວາມຖືກຕ້ອງຂອງການຄາດຄະເນທີ່ໃຊ້ເວລາ ຫຼື ຄໍາແນະນໍາສໍາລັບການປັບປຸງຮູບແບບນີ້, ກະລຸນາຂຽນໄປ
ທີ່: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore,
Maryland 21244-1850.

ຖະແຫຼງການກົດໝາຍວ່າດ້ວຍຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ ສູນບໍລິການ Medicare & Medicaid (CMS) ເກັບກຳຂໍ້ມູນ
ຈາກແຜນການ Medicare ເພື່ອຕິດຕາມການລົງທະບຽນຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໃນແຜນການ Medicare Advantage
(MA), ປັບປຸງການດູແລ ແລະ ສໍາລັບການຊໍາລະເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ Medicare ພາກທີ 1851 ແລະ 1860D-1 ຂອງກົດໝາຍ
ວ່າດ້ວຍປະກັນສັງຄົມ ແລະ 42 CFR §§ 422.50 ແລະ 422.60 ອະນຸຍາດໃຫ້ເກັບກຳຂໍ້ມູນນີ້. CMS ອາດຈະໃຊ້,
ເປີດເຜີຍ ແລະ ແລກປ່ຽນຂໍ້ມູນການລົງທະບຽນຈາກຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ Medicare ຕາມທີ່ລະບຸໄວ້ໃນລະບົບ
ແຈ້ງການບັນທຶກ (SORN) “ຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງ Medicare Advantage (MARx),” ລະບົບເລກທີ 09-70-0588.
ຄໍາຕອບຂອງທ່ານຕໍ່ແບບຟອມນີ້ແມ່ນດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ການບໍ່ຕອບສະໜອງອາດຈະສົ່ງຜົນ
ກະທົບຕໍ່ການລົງທະບຽນໃນແຜນການ.

‘Ohana Health Plan, ເປັນແຜນປະກັນທີ່ນໍາສະເໜີໂດຍ ບໍລິສັດ Wellcare Health Insurance of Arizona, Inc.