

投保 Medicare Advantage 計畫 (C 部分) 的 2025 年個人投保申請表

OMB No. 0938-1378
Expires: 6/30/2026



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：

- 每年在 10 月 15 日至 12 月 7 日之間 (以便從 1 月 1 日開始承保)
- 在首次取得 Medicare 的 3 個月內
- 在您獲准加入或轉換計畫的某些情況下

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。

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。

在此查看您的申請狀態：

[wellcare.com/applicationtracker](https://www.wellcare.com/applicationtracker)



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

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) 加入計畫，該計畫必須在 12 月 7 日前收到您已填妥的表單。
- 您的計畫會將該計畫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) 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 Allwell
PO Box 10420
Van Nuys, CA
91499-6208

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 1-800-225-8017 與 Wellcare by Allwell 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) 的物品寄送至 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。請參閱本頁的「後續事項？」以將您填妥的表單寄給計畫。



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 Simple Open (PPO) H2128 - 包含處方藥承保

002 每月 \$0

Wellcare Giveback Open (PPO) H2128 - 包含處方藥承保

004 每月 \$0

Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)¹ H2128 - 包含處方藥承保

005 每月 \$0

Wellcare Dual Reserve Open (PPO D-SNP)¹ H2128 - 包含處方藥承保

006 每月 \$47.7

Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)¹ H2915 - 包含處方藥承保

002 每月 \$0

007 每月 \$0

Wellcare Simple (HMO) H2915 - 包含處方藥承保

003 每月 \$0

016 每月 \$0

Wellcare Assist (HMO) H2915 - 包含處方藥承保

011 每月 \$30.2

Wellcare Patriot Giveback (HMO) H2915 - 不包含處方藥承保

013 每月 \$0

¹ 您必須符合特定投保條件才能投保此計畫。



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 <input type="text"/>	姓氏 <input type="text"/>	選填： 中間名縮寫 <input type="text"/>	
出生日期 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> M M D D Y Y Y Y	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話號碼 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> 選填：次要電話號碼 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	電話類型 <input type="checkbox"/> 住家 <input type="checkbox"/> 手機 電話類型 <input type="checkbox"/> 住家 <input type="checkbox"/> 手機

永久居住街道地址（請勿輸入郵政信箱。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

城市 <input type="text"/>	選填：郡縣 <input type="text"/>	州 <input type="text"/>	郵遞區號 <input type="text"/>
----------------------------	-------------------------------	---------------------------	------------------------------

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 <input type="text"/>	州 <input type="text"/>	郵遞區號 <input type="text"/>
----------------------------	---------------------------	------------------------------

您的 Medicare 資訊：

Medicare 號碼 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	具有下列資格： 醫院（A 部分） 醫療（B 部分）	生效日期 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> M M D D Y Y Y Y <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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 D-SNP 計畫：請提供您的州 Medicaid 計畫編號：



重要事項：請閱讀並簽署以下內容：

- 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劃。
- 我瞭解，只能在同一時間投保一項 MA 計劃，並且投保本計劃便會自動終止我在其他 MA 計劃的投保（MA PFFS、MA MSA 計劃除外）。
- 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。
- 本人瞭解，投保 Medicare 的人士在境外通常不受 Medicare 的保障，除了美國邊界附近的有限承保之外。
- 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（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。

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

--



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。

您是西班牙裔、拉丁裔還是西班牙血統？請選擇所有適用項。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 否，不是西班牙裔、拉丁裔或西班牙血統 | <input type="checkbox"/> 是，墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾裔/女性奇卡諾裔 |
| <input type="checkbox"/> 是，波多黎各人 | <input type="checkbox"/> 是，古巴人 |
| <input type="checkbox"/> 是，其他西班牙裔、拉丁裔或西班牙血統 | <input type="checkbox"/> 我選擇不回答 |

您是什麼種族？請選擇所有適用項。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 美國印地安人或 Alaska 原住民亞裔：
<input type="checkbox"/> 印度裔
<input type="checkbox"/> 華人
<input type="checkbox"/> 菲律賓人
<input type="checkbox"/> 日本人
<input type="checkbox"/> 韓國人
<input type="checkbox"/> 越南人
<input type="checkbox"/> 其他亞裔 | <input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人
夏威夷原住民和太平洋島民：
<input type="checkbox"/> 關島人或查莫羅人
<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民
<input type="checkbox"/> 薩摩亞人
<input type="checkbox"/> 其他太平洋島民
<input type="checkbox"/> 白人
<input type="checkbox"/> 我選擇不回答 |
|---|---|

您的性別是什麼？請選擇一項。

- | | |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 女性 | <input type="checkbox"/> 我使用不同的術語：_____ |
| <input type="checkbox"/> 男性 | <input type="checkbox"/> 我選擇不回答 |
| <input type="checkbox"/> 非二元 | |

以下哪一項最能代表您對自己的看法？請選擇一項。

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 女同性戀或男同性戀 | <input type="checkbox"/> 我使用不同的術語：_____ |
| <input type="checkbox"/> 異性戀，即非同性戀 | <input type="checkbox"/> 我不知道 |
| <input type="checkbox"/> 雙性戀 | <input type="checkbox"/> 我選擇不回答 |



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 阿拉伯語 孟加拉語 中文 克里奧語 尼泊爾語 俄語
 史瓦西里語 坦米爾語 越南語

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，電話是 1-800-225-8017（TTY 使用者請撥打 711）。我們的服務時間為週一至週日上午 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

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 www.wellcarefindaprovider.com 尋找醫療服務提供者

電子郵件地址：

首選聯絡方式： 電話 文字訊息 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。



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：

接收帳單

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本表的個人

如果您是協助投保人填寫本表的個人 (即代理、仲介、SHIP 顧問、家人或其他第三方)，請填寫本節。

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，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。



僅供辦公室使用：

工作人員/代理人/經紀人姓名（如有協助投保）：

計畫 ID #：

保險生效日期：
M M D D Y Y Y Y

ICEP/IEP AEP SEP（類型）： 不符合資格

Wellcare 銷售代表/授權代理人（完成申請的個別銷售代表/代理人）

代理人類型（單選）： 授權代理人 Wellcare 員工

請填妥以下部分：

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）：

此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）：

HMO 計畫的醫療服務提供者資訊：

PCP 名稱：

PCP NPI：

PPG 名稱：

PPG ID：

所選計畫是否接受選擇的 PCP/PPG？ 是 否

目前在此就醫？ 是 否

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。



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。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不正確，您可能會被退保。

- 我新加入 Medicare。
- 我投保 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
- 我最近剛出獄。我的獲釋日期是（填入日期）。

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- 我在美國境外取得永久居住權，並於最近返回美國。我回到美國的日期是：（填入日期）。

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- 我最近取得美國的合法居留身份。我取得該身份的日期是（填入日期）。

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- 我的 Medicaid 最近於（插入日期）發生了變更（剛剛獲得 Medicaid、Medicaid 援助等級有變更或喪失了 Medicaid）。

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- 我最近在 Medicare 處方藥承保額外幫助 (Extra Help) 支付方面有所變更（新近獲得額外幫助、額外幫助層級變更，或失去額外幫助），日期為（填入日期）。

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- 我同時擁有 Medicare 和 Medicaid（或我的所在州協助我支付 Medicare 保費），或我領有 Medicare 處方藥承保的額外幫助，但我沒有變更。
- 我正要搬進、目前住在或最近剛搬離長期照護機構（例如護理院或長期照護機構）。我之前/即將搬進/搬出該院所的日期是（填入日期）。

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- 我最近退出 PACE 計畫，退出日期是（填入日期）。

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- 我最近被迫退出可信的處方藥承保（與 Medicare 同等級的承保）。我失去藥物承保的日期是（填入日期）。

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
- 我即將退出僱主或工會保險，退出日期是（填入日期）。

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y



我屬於我所在州提供的藥房援助計畫。

我的計畫即將終止與 Medicare 的合約，或 Medicare 與我的計畫即將終止合約（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

我曾投保特殊需求計畫 (SNP)，但現已失去了投保該計畫所需的特殊需求資格。我被 SNP 退保的日期是（填入日期）。

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

我受到緊急或重大災害（如美國聯邦緊急管理機構 (FEMA) 或聯邦、州或地方政府實體所聲明）的影響。在此的其中一項說明適合我，但因災難事件使我無法申請投保。我錯過投保期的原因是：

如果上述聲明皆不適用於您或者您不確定，請致電 1-800-225-8017 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一至週日上午 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。然而，就全額雙重受益人而言，只要您保有您的 Medicaid 資格，該州將承擔 B 部分的保費。

