

Medicare Advantage திட்டம் (பகுதி C)இல் சேர்வதற்கான 2027 தனிநபர் சேர்க்கை கோரிக்கைப் படிவம்



With

pa health
& wellness

✓ உங்கள் விண்ணப்ப நிலையை
இங்கே சரிபார்க்கவும்:
[wellcare.com/applicationtracker](https://www.wellcare.com/applicationtracker)

இந்தப் படிவத்தை யார் பயன்படுத்தலாம்?

Medicare Advantage திட்டத்தில் சேர விரும்பும்
Medicare உள்ளவர்கள்

திட்டத்தில் சேர், நீங்கள்:

- அமெரிக்கக் குடிமகனாக இருக்க வேண்டும்
அல்லது அமெரிக்காவில் சட்டப்பூர்வமாக
வசிப்பவராக இருக்க வேண்டும்
- திட்டத்தின் சேவைப் பகுதியில் வசிக்க
வேண்டும்

முக்கியம்: Medicare Advantage திட்டத்தில் சேர்,
உங்களிடம் கீழ்க்கண்ட இரண்டும் இருக்க
வேண்டும்:

- Medicare Part A (மருத்துவமனைக் காப்பீடு)
- Medicare Part B (மருத்துவக் காப்பீடு)

இந்தப் படிவத்தை நான் எப்போது பயன்படுத்துவது?

நீங்கள் திட்டத்தில் சேரலாம்:

- ஒவ்வோர் ஆண்டும் அக்டோபர் 15-டிசம்பர்
7 இடையில் (ஜனவரி 1இல் தொடங்கும்
காப்பீடுகளுக்கு)

- Medicare பெற்ற முதல் 3 மாதங்களுக்குள்
- திட்டங்களில் நீங்கள் இணைய அல்லது
மாறிக்கொள்ள அனுமதியுள்ள சில
சந்தர்ப்பங்களில்

நீங்கள் எப்போது ஒரு திட்டத்திற்குப் பதிவு
செய்யலாம் என்பது பற்றி மேலும் அறிய
[Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) ஐப் பார்வையிடவும்.

இந்தப் படிவத்தை நிரப்ப எனக்கு என்ன தேவை?

- உங்கள் Medicare எண் (உங்கள் சிவப்பு,
வெள்ளை மற்றும் நீல Medicare அட்டையில்
உள்ள எண்)

- உங்கள் நிரந்தர முகவரி மற்றும்
தொலைபேசி எண்

குறிப்பு: பிரிவு 1 இல் உள்ள அனைத்து
உருப்புகளையும் நீங்கள் பூர்த்தி செய்ய
வேண்டும். பிரிவு 2 இல் உள்ள உருப்புகள்
விருப்பத்திற்குரியவை - நீங்கள் அவற்றை
நிரப்பாததால் உங்களுக்குக் காப்பீடு
மறுக்கப்பட முடியாது.

வீடற்ற நிலையில் உள்ளவர்கள்

- நீங்கள் திட்டத்தில் சேர விரும்பினால்,
ஆனால் நிரந்தரக் குடியிருப்பு
இல்லையென்றால், ஒரு தபால்
அலுவலகப் பெட்டி, தங்குமிடம் அல்லது
மருத்துவமனையின் முகவரி அல்லது
நீங்கள் அஞ்சல் பெறும் முகவரி (எ.கா., சமூகப்
பாதுகாப்பு சோதனைகள்) உங்கள் நிரந்தரக்
குடியிருப்பு முகவரியாகக் கருதப்படலாம்.

Y0020_WCM_6865156_TAM_0_C

©Wellcare 2026

அதற்குப் பதிலாக go.wellcare.com/PA இல்
சேர்வது பற்றி யோசித்தீர்களா? இது
விண்ணப்பிக்க விரைவான, பாதுகாப்பான
மற்றும் எளிதான வழியாகும்

நினைவூட்டல்கள்:

- இலையுதிர் காலத் திறந்த
சேர்க்கையின்போது (அக்டோபர் 15-டிசம்பர்
7) நீங்கள் திட்டத்தில் சேர விரும்பினால்,
அந்தத் திட்டம் டிசம்பர் 7 ஆம் தேதிக்குள்
உங்கள் பூர்த்தி செய்யப்பட்ட படிவத்தைப்
பெற வேண்டும்.

- உங்கள் திட்டம் அதன் பிரீமியத்திற்கான
பில்லை உங்களுக்கு அனுப்பும். உங்கள்
வங்கிக் கணக்கிலிருந்து அல்லது
உங்கள் மாதாந்திரச் சமூகப் பாதுகாப்பு
(அல்லது ரயில்வே ஓய்வூதிய வாரியம்)
சலுகையிலிருந்து உங்கள் பிரீமியம்
செலுத்துதல்களைக் கழிக்க நீங்கள் பதிவு
செய்யலாம்.

அடுத்து என்ன நடக்கும்?

பூர்த்தி செய்து கையொப்பமிட்ட படிவத்தை
இந்த முகவரிக்கு அனுப்பவும்:

Wellcare With PA Health & Wellness

PO Box 10420

Van Nuys, CA

91410-0420

உங்கள் சேர்வதற்கான கோரிக்கையை
அவர்கள் செயல்படுத்தியதும், உங்களைத்
தொடர்புகொள்வார்கள்.

இந்தப் படிவத்தில் எனக்கு எப்படி உதவி கிடைக்கும்?

1-844-480-0680 என்ற எண்ணில் Wellcare
With PA Health & Wellness-ஐ அழைக்கவும்.

TTY பயனர்கள் 711 ஐ அழைக்கலாம்.

அல்லது, 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

என்ற எண்ணில் Medicare-ஐ வாரத்தின் 7
நாட்களில் எந்த நேரத்திலும் அழைக்கலாம்.

TTY பயனர்கள் 1-877-486-2048 என்ற

எண்ணை அழைக்கலாம்.



முக்கியம்

இந்தப் படிவத்தையோ அல்லது வேறு எந்த உருப்படியையோ உங்கள் தனிப்பட்ட தகவல்களுடன் (உரிமைகோரல்கள், செலுத்துகைகள், மருத்துவப் பதிவேடுகள் போன்றவை) PRA அறிக்கைகள் அனுமதி அலுவலகத்துக்கு அனுப்ப வேண்டாம். இந்தப் படிவத்தை எவ்வாறு மேம்படுத்துவது அல்லது அதன் சேகரிப்புச் சுமை (OMB 0938-1378 இல் கோட்டுக் காட்டப்பட்டுள்ளது) பற்றி அல்லாத எந்தவொரு உருப்படியும் எங்களுக்குக் கிடைத்தால் அவை அழிக்கப்படும். இது வைத்திருக்கப்படாது, மதிப்பாய்வு செய்யப்படாது அல்லது திட்டத்திற்கு அனுப்பப்படாது. உங்கள் பூர்த்தி செய்யப்பட்ட படிவத்தைத் திட்டத்திற்கு அனுப்ப இந்தப் பக்கத்தின் முன்புறம் "அடுத்து என்ன நடக்கும்?" என்பதைப் பார்க்கவும்.

1995 ஆம் ஆண்டின் ஆவணப்பணி குறைப்புச் சட்டத்தின்படி, ஒரு தகவல் தொகுப்பில் செல்லுபடியாகும் OMB கட்டுப்பாட்டு எண் இல்லையென்றால், அதற்கு யாரும் பதிலளிக்க வேண்டியதில்லை. இந்தத் தகவல் தொகுப்புக்கான செல்லுபடியாகும் OMB கட்டுப்பாட்டு எண் 0938-1378 ஆகும். இந்தத் தகவலைப் பூர்த்தி செய்யத் தேவைப்படும் நேரம் என்பது, அறிவுறுத்தல்களை மதிப்பாய்வு செய்தல், இருக்கும் தரவு ஆதாரங்களைத் தேடுதல், தேவைப்படும் தரவைச் சேகரித்தல், தகவல் சேகரிப்பை முடித்து மதிப்பாய்வு செய்தல் ஆகியவற்றுக்கு ஆகும் நேரம் உட்பட, ஒரு பதிலுக்குச் சராசரியாக 20 நிமிடங்கள் என மதிப்பிடப்பட்டுள்ளது. இந்தப் படிவத்தை மேம்படுத்துவதற்கான நேர மதிப்பீடு(கள்)-இன் துல்லியம் அல்லது பரிந்துரைகள் குறித்து உங்களுக்கு ஏதேனும் கருத்துகள் இருந்தால், பின்வரும் முகவரிக்கு எழுதுங்கள்: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

தனியுரிமைச் சட்ட அறிக்கை

Medicare மற்றும் Medicaid சேவைகளுக்கான மையங்கள் (CMS) ஆனது, Medicare Advantage (MA) திட்டங்களில் பயனாளர் பதிவைக் கண்காணிக்கவும், பராமரிப்பை மேம்படுத்தவும், மற்றும் Medicare பலன்களுக்கான கட்டணத்திற்காகவும் Medicare திட்டங்களிடமிருந்து தகவல்களைச் சேகரிக்கிறது. சமூகப் பாதுகாப்புச் சட்டத்தின் பிரிவுகள் 1851 மற்றும் 1860D-1 மற்றும் 42 CFR §§ 422.50 மற்றும் 422.60 ஆகியவை இந்தத் தகவலைச் சேகரிக்க அதிகாரம் அளிக்கின்றன. CMS, "Medicare Advantage பரிந்துரைக்கப்பட்ட மருந்து (MARx)", சிஸ்டம் எண். 09-70-0588 என்ற பதிவுகள் அறிவிப்பின் அமைப்பில் (SORN) குறிப்பிடப்பட்டுள்ளபடி, Medicare பயனர்களிடமிருந்து சேர்க்கைத் தகவலைப் பயன்படுத்தலாம், வெளியிடலாம் மற்றும் பரிமாறிக்கொள்ளலாம். இந்த படிவத்திற்குப் பதிலளிப்பது உங்கள் விருப்பம். எனினும், இதற்குப் பதிலளிக்கத் தவறினால், திட்டத்தில் சேருவது பாதிக்கப்படலாம்.

**பிரிவு 1 - இந்தப் பக்கத்தில் உள்ள அனைத்துப் புலங்களும்
கட்டாயமாகும் (விருப்பத்தேர்வு எனக் குறிக்கப்படாவிட்டால்)**

நீங்கள் சேர விரும்பும் திட்டத்தைத் தேர்ந்தெடுக்கவும்:

Wellcare PA Health & Wellness Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP)¹ -மருந்துச் சீட்டு மருந்து
காப்பீட்டை உள்ளடக்கியது
☐ **H2915-002-000** மாதத்திற்கு \$0

Wellcare PA Health & Wellness Dual Select (HMO-POS D-SNP)¹ -மருந்துச் சீட்டு மருந்து
காப்பீட்டை உள்ளடக்கியது
☐ **H2915-018-000** மாதத்திற்கு \$0

¹இந்தத் திட்டத்தில் சேர நீங்கள் குறிப்பிட்ட சேர்க்கை அளவுகோல்களைப் பூர்த்தி செய்ய வேண்டும்.



**பிரிவு 1 - இந்தப் பிரிவில் உள்ள அனைத்துப் புலங்களும் அவசியம்
(விருப்பத்தேர்வு எனக் குறிக்கப்படாவிட்டால்)**

முதல்பெயர் இனிஷியல்	கடைசிப் பெயர்	விருப்பத்தேர்வு: நடுப்பெயர்
பிறந்த தேதி: _____ MM/DD/YYYY	பாலினம் ☐ ஆண் ☐ பெண் (____) ____ - ____ விருப்பத்தேர்வு: மாற்றுத் தொலைபேசி எண் (____) ____ - ____	தொலைபேசி வகை ☐ வீடு ☐ கைபேசி தொலைபேசி வகை ☐ வீடு ☐ கைபேசி
விருப்பத் தேர்வு: மின் அஞ்சல் முகவரி:		

விருப்பத் தேர்வு: இணையம், மின்னஞ்சல் அல்லது குறுஞ்செய்தியை நீங்களே பயன்படுத்துவதில் உங்களுக்கு சௌகரியமாக இருக்கிறதா?

☐ ஆம் ☐ இல்லை

விருப்பத் தேர்வு: விருப்பத்துக்குரிய தொடர்பு வழி: ☐ தொலைபேசி அழைப்பு
☐ குறுஞ்செய்தி ☐ மின்னஞ்சல்

*'விருப்பத்துக்குரிய தொடர்பு வழி'க்குப் புறம்பான வழியிலும் தகவல் தொடர்புகள் அனுப்பப்படலாம் என்பதைக் கவனிக்கவும்.

நீங்கள் உறுப்பினராக இருப்பதை அனுபவித்து உங்கள் திட்டத்தைப் புரிந்துகொள்ள வேண்டும் என்று நாங்கள் விரும்புகிறோம். உங்கள் விண்ணப்பத்தின் நிலையைப் பற்றி நாங்கள் உங்களுக்குத் தெரிவிக்க, உங்கள் தொலைபேசி எண்(கள்) மற்றும் மின்னஞ்சலை வழங்கவும். ஓர் உறுப்பினராக, என்ன எதிர்பார்க்கலாம், ஆரோக்கியமாக இருப்பது, கூடுதல் நன்மைகளைப் பயன்படுத்துதல், மருத்துவரைக் கண்டறிதல், எங்கள் உறுப்பினர் போர்டல் மற்றும் பிற முக்கியமான விஷயங்கள் போன்ற பயனுள்ள தகவல்களைப் பகிர்ந்து கொள்வோம். உங்களுக்கு ஆர்வம் இல்லையென்றால், சில குறுஞ்செய்திகளையும் மின்னஞ்சல்களையும் தவிர்க்கலாம்.

உங்கள் Wellcare திட்டத்தை நீங்கள் விரும்ப வேண்டும் என்று நாங்கள் விரும்புகிறோம். உங்கள் தேவைகள் மாறும்போது உங்களுக்குச் சிறப்பாக இருக்கும் வேறு திட்டங்கள் எங்களிடம் இருந்தால், நாங்கள் உங்களுக்குச் சொல்வோம். நாங்கள் எங்களிடமிருந்து திட்டங்களைப் பற்றி மட்டுமே பேசுவோம்.

(அஞ்சல் பெட்டியை உள்ளிட வேண்டாம். குறிப்பு: வீடில்லாதவர்களுக்கு அஞ்சல் பெட்டி நிரந்தர முகவரியாகக் கருதப்படலாம்). ☐ வீடற்ற நிலையில் உள்ளோர்

நிரந்தரக் குடியிருப்பு தெரு முகவரி

நகரம்	விருப்பத் தேர்வு: நாடு	மாகாணம்	அஞ்சல் குறியீடு



அஞ்சல் முகவரி, வேறு முகவரிக்கு அல்லது அங்கீகரிக்கப்பட்ட பிரதிநிதிக்கு நாங்கள் அஞ்சல் அனுப்புவதை நீங்கள் விரும்பினால், அந்தத் தகவலை இங்கே வழங்கவும்.
(அஞ்சல் பெட்டி அனுமதியுண்டு)

தெரு முகவரி

நகரம் மாகாணம்

அஞ்சல்

குறியீடு

உங்கள் Medicare தகவல்கள்:

Medicare எண்:

உரிமை: செயல்படுத்திய தேதி (MM/DD/YYYY):

மருத்துவமனை (பகுதி A) ____ / ____ / ____

மருந்தகம் (பகுதி B) ____ / ____ / ____

இந்த முக்கியமான கேள்விகளுக்குப் பதிலளிக்கவும்:

1. Wellcare தவிர வேறு ஏதேனும் பரிந்துரைக்கப்பட்ட மருந்து காப்பீடு (VA, TRICARE போன்றவை) உங்களிடம் உள்ளதா?

☐ ஆம் ☐ இல்லை

மற்ற காப்பீட்டின் பெயர்

இந்தக் காப்பீட்டுப் பாதுகாப்புக்கான உறுப்பினர் எண்

இந்தக் காப்பீட்டுப் பாதுகாப்புக்கான குழு எண்

2. ஒரு D-SNP திட்டத்தில் சேர்வதாயிருந்தால், தயவுசெய்து வழங்கவும்:

மாகாண Medicaid திட்ட எண்: _____

D-SNP திட்டங்களுக்கான Medicaid எண்ணைச் சேர்க்கவும். Medicaid எண்கள் விடுபட்டுப் போனால் விண்ணப்பத்தைச் செயல்படுத்துவதில் தாமதம் ஏற்படலாம், மேலும் விண்ணப்பம் நிராகரிக்கப்படவும் வாய்ப்புள்ளது.

முக்கியம்: வாசித்து கீழே கையொப்பமிடவும்:

• Wellcare திட்டத்தில் தொடர்ந்து இருக்க, நீங்கள் மருத்துவமனை (பாகம் A) மற்றும் மருத்துவ (பாகம் B) ஆகிய இரண்டையும் கட்டாயம் வைத்திருக்க வேண்டும்.

• இந்த Medicare Advantage திட்டத்தில் இணைவதன் மூலம், வெல்கேர் எனது தகவல்களை Medicare உடன் பகிர்ந்து கொள்ளும் என்பதை நான் ஒப்புக்கொள்கிறேன், அவர்கள் எனது பதிவைக் கண்காணிக்கவும், பணம் செலுத்தவும், இந்தத் தகவல்களைச் சேகரிக்க அங்கீகரிக்கும் கூட்டாட்சிச் சட்டத்தால் அனுமதிக்கப்பட்ட பிற நோக்கங்களுக்காகவும் இதைப் பயன்படுத்தலாம் (கீழே உள்ள தனியுரிமைச் சட்ட அறிக்கையைப் பார்க்கவும்). இந்த படிவத்திற்குப் பதிலளிப்பது உங்கள் விருப்பம். எனினும், இதற்குப் பதிலளிக்கத் தவறினால், திட்டத்தில் சேருவது பாதிக்கப்படலாம்.

• நான் ஒரே நேரத்தில் ஒரு MA அல்லது பகுதி D திட்டத்தில் மட்டுமே சேர முடியும் என்பதைப் புரிந்துகொள்கிறேன் - மேலும் இந்தத் திட்டத்தில் சேர்வது மற்றொரு MA அல்லது பகுதி D திட்டத்தில் எனது சேர்க்கையை தானாகவே முடிவுக்குக் கொண்டுவரும் (MA PFFS, MA MSA திட்டங்களுக்கு விதிவிலக்குகள் பொருந்தும்).



• உங்கள் Wellcare காப்பீடு தொடங்கும்போது, எனது மருத்துவ மற்றும் மருந்துப் பலன்கள் அனைத்தையும் Wellcare-இல் இருந்துதான் பெற வேண்டும் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன். Wellcare வழங்கும் மற்றும் எனது Wellcare "காப்பீட்டுச் சான்று" ஆவணத்தில் (உறுப்பினர் ஒப்பந்தம் அல்லது சந்தாதாரர் ஒப்பந்தம் என்றும் அழைக்கப்படுகிறது) உள்ள பலன்களும் சேவைகளும் பாதுகாக்கப்படும். காப்பீட்டின் கீழ் வராத பலன்களுக்கோ அல்லது சேவைகளுக்கோ Medicare மற்றும் Wellcare பணம் செலுத்தாது.

• எனது அறிவுக்கு எட்டியவரை இந்தச் சேர்க்கைப் படிவத்தில் உள்ள தகவல்கள் சரியானவை. இந்தப் படிவத்தில் நான் வேண்டுமென்றே தவறான தகவல்களை வழங்கினால், திட்டத்திலிருந்து நான் விலக்கப்படுவேன் என்பதைப் புரிந்துகொள்கிறேன்.

• நான் கையொப்பமிடும்போது (அல்லது எனக்குப் பதிலாகச் சட்டப்பூர்வமாகச் செயல்பட அதிகாரம் பெற்றவர் கையொப்பமிடும்போது) இந்தப் படிவத்தில் உள்ள உள்ளடக்கங்களை நான் படித்துப் புரிந்துகொண்டேன் என்று அர்த்தம் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன். ஓர் அங்கீகரிக்கப்பட்ட பிரதிநிதியால் (மேலே விவரிக்கப்பட்டுள்ளபடி) கையொப்பமிடப்பட்டால், இந்தக் கையொப்பம் பின்வருவனவற்றைச் சான்றளிக்கிறது:

1) இந்தச் சேர்க்கையை நிறைவுசெய்ய மாகாணச் சட்டத்தின் கீழ் இந்த நபர் அங்கீகரிக்கப்பட்டுள்ளார், மற்றும்

2) இந்த அதிகாரத்திற்கான ஆவணங்களைக் கோரிக்கையின் பேரில் Medicare வழங்கும்.

இந்த ஆவணத்தில் கையொப்பமிடுவதன் மூலம், எனது அறிவுக்கு எட்டியவரை, நான் வழங்கிய அனைத்துத் தகவல்களும் உண்மையானவை, முழுமையானவை, மற்றும் துல்லியமானவை என்று சான்றளிக்கிறேன். இந்தத் தகவல் தவறானது என்று தீர்மானிக்கப்பட்டால், நான் திட்டத்திலிருந்து விலக்கப்படலாம் என்பதைப் புரிந்துகொள்கிறேன்.

இன்றைய தேதி

____/____/____
MM/DD/YYYY

கையொப்பம்

நீங்கள் அங்கீகரிக்கப்பட்ட பிரதிநிதி என்றால், மேலே கையொப்பமிட்டு, கீழே உள்ள புலங்களை நிரப்பவும்:

பெயர்

முகவரி

தொலைபேசி எண்

(____) _____ - _____

சேர்பவருடனான உறவுமுறை



பிரிவு 2 - இந்தப் பிரிவில் உள்ள அனைத்துப் புலங்களும் விருப்பத் தேர்வுக்குரியவை

இந்தக் கேள்விகளுக்குப் பதிலளிப்பது உங்கள் விருப்பம். நீங்கள் அவற்றைப் பூர்த்தி செய்வதில்லை என்பதற்காக உங்களுக்குக் காப்பீடு மறுக்கப்படாது. ஆங்கிலத்தைத் தவிர வேறு மொழியில் நீங்கள் தகவல்களைப் பெற விரும்பினால், ஒன்றைத் தேர்ந்தெடுக்கவும்.

- ☐ ஸ்பானிஷ் ☐ அரேபிய மொழி ☐ வங்காள மொழி ☐ சீனமொழி
☐ பிரெஞ்சு கிரியோல் ☐ பிரெஞ்சு ☐ ரஷ்யமொழி ☐ சுவாஹிலி
☐ தமிழ் ☐ வியட்நாமிய மொழி

நீங்கள் அணுகக்கூடிய வடிவத்தில் நாங்கள் உங்களுக்குத் தகவல் அனுப்ப விரும்பினால் ஒன்றைத் தேர்ந்தெடுக்கவும்.

- ☐ பிரெய்லி ☐ பெரிய அச்சு ☐ ஆடியோ CD ☐ தரவு CD

மேலே பட்டியலிடப்பட்டுள்ளதைத் தவிர வேறு அணுகக்கூடிய வடிவத்தில் உங்களுக்குத் தகவல் தேவைப்பட்டால், Wellcare-ஐ 1-844-480-0680 என்ற எண்ணில் தொடர்பு கொள்ளவும் (TTY பயனர்கள் 711 ஐ அழைக்கலாம்). அக்டோபர் 1 முதல் டிசம்பர் 15 வரை ஞாயிறு-சனி, காலை 8 முதல் இரவு 8 வரை உள்ள அலுவல் நேரத்தில் எங்கள் பிரதிநிதிகள் இருப்பார்கள். டிசம்பர் 16 முதல் செப்டம்பர் 30 வரை, திங்கள்-சனி, காலை 8 முதல் இரவு 8 வரை எங்கள் பிரதிநிதிகள் இருப்பார்கள்.

1. நீங்கள் பணிபுரிகிறீர்களா? ☐ ஆம் ☐ இல்லை
2. உங்கள் மனைவி பணிபுரிகிறாரா? ☐ ஆம் ☐ இல்லை
3. நீங்கள் ஒரு முதியோர் இல்லம் போன்ற நீண்ட காலப் பராமரிப்பு நிலையத்தில் வசிப்பவரா? ☐ ஆம் ☐ இல்லை
"ஆம்" எனில் பின்வரும் தகவல்களை வழங்கவும்:

இடத்தின் பெயர்:

இட முகவரி (எண் மற்றும் தெரு):

நகரம் மாகாணம் அஞ்சல் குறியீடு தொலைபேசி எண்
(____) ____ - ____

உங்கள் இன்-நெட்வொர்க் முதன்மை பராமரிப்பு மருத்துவர் (PCP), கிளினிக், அல்லது சுகாதார மையத்தை பட்டியலிடுங்கள்:

wellcarefindaprovider.com இல் ஒரு வழங்குநரைக் காணலாம்

HMO திட்டங்களுக்கான வழங்குநர் தகவல்:

PCP NPI: PPG ID:

தற்போது நோயாளியா? ☐ ஆம் ☐ இல்லை

☐ நான் PCP தேர்ந்தெடுக்க விரும்பவில்லை, என் சார்பில் Wellcare எனது PCP-ஐத் தேர்ந்தெடுக்க வேண்டுமென விரும்புகின்றேன். எனது Wellcare உறுப்பினர் ID அட்டையிலுள்ள உறுப்பினர் சேவை எண்ணை அழைத்து எந்த நேரத்திலும் எனது PCP-ஐ மாற்றலாம் என்பதைப் புரிந்துகொள்கிறேன்.



நெடுவொர்க்கிற்குள் உள்ள PCP தேர்ந்தெடுக்கப்படவில்லையெனில் அல்லது தானாக ஒதுக்கப்படும் PCP சரிபார்ப்புப் பெட்டியை டிக் செய்யவில்லையெனில், நெடுவொர்க்கில் உள்ள PCP பயனாளிக்கு ஒதுக்கப்படும். உறுப்பினர் ID அட்டையிலுள்ள உறுப்பினர் சேவை எண்ணை அழைத்து எந்த நேரத்திலும் PCP ஒதுக்கீட்டை மாற்றலாம்.

உங்கள் திட்டப் பிரீமியங்களைச் செலுத்துதல்

உங்கள் மாதாந்திரத் திட்டப் பிரீமியத்தை (தற்போது உங்களிடம் உள்ள அல்லது நீங்கள் செலுத்த வேண்டிய தாமதப் பதிவு அபராதம் உட்பட) ஒவ்வொரு மாதமும் அஞ்சல், மின்னணு நிதிப் பரிமாற்றம் (EFT) அல்லது கிரெடிட் கார்டு மூலம் செலுத்தலாம். **உங்கள் பிரீமியத்தை ஒவ்வொரு மாதமும் உங்கள் சமூக பாதுகாப்பு அல்லது ரயில்வே ஓய்வூதிய வாரிய (RRB) பலனிலிருந்து தானாக எடுத்துக்கொள்ளும்படியும் நீங்கள் தேர்ந்தெடுக்கலாம்.**

நீங்கள் ஒரு பகுதி D-வருமானம் சார்ந்த மாதாந்திரச் சரிசெய்தல் தொகையை (பகுதி D-IRMAA) செலுத்த வேண்டுமானால், உங்கள் திட்டப் பிரீமியத்துடன் இந்தக் கூடுதல் தொகையையும் நீங்கள் செலுத்த வேண்டும். இந்தத் தொகை வழக்கமாக உங்கள் சமூகப் பாதுகாப்புப் பலனில் இருந்து எடுக்கப்படும் அல்லது நீங்கள் Medicare (அல்லது RRB) ஒரு பில்லைப் பெறலாம். பகுதி D-IRMAA-ஐ Wellcare-க்குச் செலுத்த வேண்டாம்.

வரையறுக்கப்பட்ட வருமானம் உள்ளவர்கள் தங்களின் பரிந்துரைக்கப்பட்ட மருந்துச் செலவுகளைச் செலுத்த கூடுதல் உதவிக்குத் தகுதி பெறலாம். தற்போது உங்களுக்கு 'கூடுதல் உதவி' கிடைத்துக்கொண்டிருந்தாலும், மறு சான்றிதழ் பெற நீங்கள் மீண்டும் விண்ணப்பிக்க வேண்டியிருக்கலாம். இந்தச் சேமிப்புகளுக்கு பலரும் தகுதி பெற்றிருந்தாலும் அவர்களுக்கு இது தெரிவதில்லை. இந்தக் கூடுதல் உதவி தொடர்பான மேலும் தகவல்களுக்கு, உங்கள் உள்ளூர் சமூகப் பாதுகாப்பு அமைப்பின் அலுவலகத்தைத் தொடர்புகொள்ளுங்கள் அல்லது 1-800-772-1213 என்ற எண்ணில் சமூகப் பாதுகாப்பு அமைப்பை அழைத்திடுங்கள். TTY பயனர்கள் 1-800-325-0778 என்ற எண்ணில் அழைக்க வேண்டும். கூடுதல் உதவிக்கு இணையவழியில் www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help என்ற வலைதளத்தில் விண்ணப்பிக்கலாம்.

நீங்கள் ஒரு கட்டணத் தெரிவைத் தேர்ந்தெடுக்கவில்லை என்றால், உங்களுக்கு ஒவ்வொரு மாதமும் பில் வரும்.

கட்டண விருப்பத்தைத் தயவுசெய்து தேர்ந்தெடுக்கவும்:

☐ ஒரு பில்லைப் பெறுங்கள்

☐ உங்கள் மாதாந்திரச் சமூகப் பாதுகாப்பு அல்லது ரயில்வே ஓய்வூதிய வாரிய (RRB) பலன் காசோலையிலிருந்து தானியங்கிப் பிடித்தம். நான் மாதாந்திரப் பலன்களை இதிலிருந்து பெறுகிறேன்: ☐ சமூகப் பாதுகாப்பு ☐ RRB

(சமூகப் பாதுகாப்பு அல்லது RRB பிடித்தத்தை அங்கீகரித்தபின் சமூகப் பாதுகாப்பு/RRB பிடித்தம் தொடங்க இரண்டு அல்லது கூடுதல் மாதங்கள் ஆகலாம். பல சமயங்களில், தானியங்கி பிடித்தத்துக்கான உங்கள் கோரிக்கையைச் சமூகப் பாதுகாப்பு அல்லது RRB ஏற்றுக்கொண்டால், உங்கள் சமூகப் பாதுகாப்பு அல்லது RRB பலன் காசோலையிலிருந்து செய்யப்படும் முதல் பிடித்தத்தில் உங்கள் சேர்க்கை தொடங்கிய தேதியிலிருந்து நிறுத்தி வைப்பு தொடங்குவது வரையிலும் உள்ள அனைத்துப் பிரீமியங்களும் சேர்க்கப்படும். தானியங்கிப் பிடித்தத்துக்கான உங்கள் கோரிக்கையைச் சமூகப் பாதுகாப்பு அல்லது RRB ஏற்காவிட்டால், உங்கள் மாதாந்திரப் பிரீமியங்களுக்கான காகித பில்லை அனுப்பி வைப்போம்.)



இந்தப் படிவத்தைப் பூர்த்தி செய்ய ஒரு பதிவு செய்பவருக்கு உதவும் தனிநபர்களுக்கு மட்டும்

நீங்கள் ஒரு தனிநபராக இருந்து (அதாவது, முகவர்கள், தரகர்கள், SHIP ஆலோசகர்கள், குடும்ப உறுப்பினர்கள் அல்லது பிற மூன்றாம் தரப்பினர்) பதிவு செய்பவருக்கு இந்தப் படிவத்தை நிரப்ப உதவினால், இந்தப் பகுதியை நிரப்பவும்.

பெயர்: _____ பதிவு செய்பவருடனான உறவு: _____

கையொப்பம்: _____ தேசிய தயாரிப்பாளர் எண்
(முகவர்கள்/தரகர்கள் மட்டும்): _____

அலுவலகப் பயன்பாட்டுக்கு மட்டும்:

இந்த ஆவணத்தில் கையொப்பமிட்டுச் சமர்ப்பிப்பதன் மூலம், இதில் வழங்கப்பட்டுள்ள தகவல்கள் எனது அறிவு மற்றும் நம்பிக்கை ஆகியவற்றின்படி உண்மையானவை, முழுமையானவை மற்றும் துல்லியமானவை என்று நான் சான்றளிக்கிறேன். ஏதேனும் தவறான தகவல்களை அளிப்பது அல்லது தகவலை மறைப்பது, ஒழுங்கு நடவடிக்கைக்கும், எனது நியமனம் மற்றும் தயாரிப்பாளர் ஒப்பந்தத்தை நிறுத்துவதற்கும் காரணமாக அமையலாம் என்பதை நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.

பணியாளர்/முகவர்/தரகரின் பெயர் (பதிவுக்கு உதவியிருந்தால்): _____

திட்ட ID #: _____ காப்பீட்டுச் செயலாக்கத் தேதி: ____/____/____
(MM/DD/YYYY)

Wellcare விற்பனைப் பிரதிநிதி/அங்கீகரிக்கப்பட்ட முகவர்

(விண்ணப்பத்தை நிரப்பிய விற்பனைப் பிரதிநிதி/முகவர்)

முகவர் வகை (ஒன்றைத் தேர்ந்தெடுக்கவும்): ☐ அங்கீகரிக்கப்பட்ட முகவர்

☐ Wellcare ஊழியர்

கீழே உள்ள பகுதியை பூர்த்தி செய்யவும்:

விற்பனைப் பிரதிநிதி/முகவர் பெயர்: _____ விற்பனைப் பிரதிநிதி/முகவர் NPN #: _____

நிறுவனம்/FMO இணைப்பு (பொருந்தினால்): _____

இந்தத் தகவல் உங்கள் அங்கீகரிக்கப்பட்ட Wellcare உரிம ஆவணங்களுடன் பொருந்த வேண்டும்.

முகவரின் தொலைபேசி #: (____) _____ - _____

மின்னஞ்சல்: _____

முகமை/FMO தொலைபேசி # (பொருந்துமாயின்): (____) _____ - _____

விற்பனைப் பிரதிநிதி/அங்கீகரிக்கப்பட்ட முகவர் விண்ணப்பம்

பெற்ற நாள்: ____/____/____

(MM/DD/YYYY)

(இந்தத் தேதியிலிருந்து 1 காலண்டர் நாளுக்குள் விண்ணப்பங்கள் Wellcare-க்கு வந்துசேர வேண்டும்.)

விண்ணப்பம் பெறும் இடம்: ☐ நியமனம் ☐ விற்பனை நிகழ்வு ☐ முன்பதிவில்லா வருகை

☐ மற்றவை (குறிப்பிடவும்): _____



தரகர் விண்ணப்பச் சமர்ப்பிப்புகள்: விற்பனைப் பிரதிநிதி/முகவர் 1-844-222-3180 என்ற எண்ணிற்கு நியமனம் மற்றும் சேர்க்கைப் படிவங்களின் வரம்பை மின் நகல் அனுப்ப வேண்டும்.

சேர்க்கைக் காலத்திற்கான தகுதிச் சான்று

வழக்கமாக, நீங்கள் ஒவ்வொரு ஆண்டும் அக்டோபர் 15 முதல் டிசம்பர் 7 வரையிலான வருடாந்திரச் சேர்க்கைக் காலத்தில் மட்டுமே ஒரு Medicare Advantage திட்டத்தில் சேரலாம். இந்தக் காலத்திற்கு வெளியே ஒரு Medicare Advantage திட்டத்தில் நீங்கள் சேர அனுமதிக்கும் விதிவிலக்குகள் உள்ளன. இதுதான் நீங்கள் Medicare பலன்களைப் பயன்படுத்துவது முதல் முறை என்றால், மற்றும் உங்களுக்கு 65 வயதாகி 90 நாட்களுக்கு மேல் ஆகியிருந்தால், "நான் Medicare-க்குப் புதியவன்" (என்ற விருப்பத்தைத் தேர்ந்தெடுக்கவும்). SEP பொருந்தாது, எனவே கீழே உள்ள பொருத்தமான SEP-ஐத் தேர்ந்தெடுக்கவும்.

தயவுசெய்து பின்வரும் அறிக்கைகளைக் கவனமாகப் படித்து, அந்த அறிக்கை உங்களுக்குப் பொருந்தினால் பெட்டியை டிக் செய்யவும். பின்வரும் பெட்டிகளில் ஏதேனும் ஒன்றை டிக் செய்வதன் மூலம், உங்கள் அறிவுக்கு எட்டிய வரையில், நீங்கள் சேர்க்கைக் காலத்திற்குத் தகுதியானவர் என்பதைச் சான்றளிக்கிறீர்கள். இந்தத் தகவல் தவறானது என நாங்கள் பின்னர் தீர்மானித்தால், நீங்கள் திட்டத்திலிருந்து நீக்கப்படலாம்.

தேர்வு செய்வதற்கு முன், கீழே உள்ள அனைத்து அறிக்கைகளையும் கவனமாகப் படிக்கவும். MM/DD/YYYY என்ற வடிவில் தேதிகளைப் பட்டியலிடவும்.

☐ நான் Medicare-க்குப் புதியவர்.

*தயவுசெய்து நீங்கள் பின்வருமாறு இருந்தால் மட்டும் தேர்ந்தெடுக்கவும், 1.

புதிதாக உரிமை பெற்றவர்; 2. நீங்கள் 65 வயதை எட்டுவதற்கு 90 நாட்களுக்குள் இருக்கிறீர்கள் அல்லது சமீபத்தில் 65 வயதை அடைந்து 90 நாட்களுக்குள் உள்ளீர்கள்; 3. புதிய பயனாளி; அல்லது 4. புதிதாகத் தகுதி பெற்றவர், ஆனால் இதற்கு முன் மாற்றுத்திறன் மூலம் Medicare-ஐப் பெற்றவர்.

*உங்கள் தொழில் உரிமையாளர் வழங்கிய காப்பீடு சமீபத்தில் முடிவடைந்திருந்தால், மற்றும் இதுதான் நீங்கள் Medicare-ஐப் பயன்படுத்துவது முதல் முறை என்றால், கீழே உள்ள "நான் எனது தொழில் உரிமையாளர் அல்லது தொழிற்சங்கத்திடமிருந்து பெற்ற காப்பீட்டை விட்டுவிட்டேன்" என்ற SEP-ஐத் தேர்ந்தெடுக்கவும்.

☐ வருடாந்திரச் சேர்க்கைக் காலம் (AEP) அக்டோபர் 15 முதல் டிசம்பர் 7 வரை ஒவ்வொரு ஆண்டும்.

☐ என்னிடம் ஏற்கெனவே பகுதி A (மருத்துவமனைக்காப்பீடு) உள்ளது மற்றும் சமீபத்தில் பகுதி B (மருத்துவக் காப்பீடு)-க்கு இப்போது முதல்முறையாகப் பதிவுசெய்துள்ளேன். Medicare Advantage திட்டத்தில் சேர விரும்புகிறேன்.

☐ எனது பகுதி A மற்றும்/அல்லது பகுதி B காப்பீடு தொடங்கியபின் Medicare பெறுவது குறித்து எனக்குத் தெரிவிக்கப்பட்டது.
எனக்கு (தேதியைச் செருகவும்) அன்று தெரிவிக்கப்பட்டது. ____/____/____

☐ இதற்குமுன் எனக்கு Medicare இருந்தது, ஆனால் எனக்கு இப்போது 65 வயதாகிறது.

☐ நான் ஒரு Medicare Advantage திட்டத்தில் பதிவு செய்துள்ளேன் மற்றும் Medicare Advantage திறந்த சேர்க்கைக் காலத்தில் (MA OEP) ஒரு மாற்றத்தைச் செய்ய விரும்புகிறேன்.



- ☐ நான் எனது தற்போதைய திட்டத்தின் சேவைப் பகுதிக்கு வெளியே உள்ள புதிய முகவரிக்கு மாறிவிட்டேன் அல்லது நான் சமீபத்தில் இடம் மாறிவிட்டேன் மற்றும் இந்தத் திட்டம் எனக்கு ஒரு புதிய தெரிவாக உள்ளது. நான் (தேதியைச் செருகவும்) அன்று இடம் பெயர்ந்தேன். ____/____/____
- ☐ நான் நாட்டிற்கு வெளியே வாழ்ந்த பிறகு U.S. க்கு (தேதியைச் செருகவும்) அன்று திரும்பினேன். ____/____/____
- ☐ நான் சிறைவாசத்திலிருந்து விடுவிக்கப்பட்டேன். நான் விடுவிக்கப்பட்ட நாள் (தேதியைச் செருகவும்). ____/____/____
- ☐ சமீபத்தில் அமெரிக்காவில் சட்டப்பூர்வமாக வசிப்பதற்கான தகுதியைப் பெற்றேன். இத்தகுதியை நான் (தேதியைச் செருகவும்) அன்று பெற்றேன். ____/____/____
- ☐ நர்சிங் ஹோம் அல்லது மறுவாழ்வு மையம் போன்ற நீண்டகாலப் பராமரிப்பு மையத்தில் வசிக்கிறேன்.
*குறிப்பு: நீண்ட கால பராமரிப்பு வசதி பற்றிய தகவல்களை இந்தப் படிவத்தில் பூர்த்தி செய்ய வேண்டும்.
- ☐ ஒரு முதியோர் இல்லம் அல்லது ஒரு மறுவாழ்வு மருத்துவமனை போன்ற ஒரு நீண்ட காலப் பராமரிப்பு வசதியிலிருந்து நான் சமீபத்தில் இடம் பெயர்ந்தேன். *குறிப்பு: நீண்ட கால பராமரிப்பு வசதி பற்றிய தகவல்களை இந்தப் படிவத்தில் பூர்த்தி செய்ய வேண்டும்.
நான் (தேதியைச் செருகவும்) அன்று இந்த இடத்திலிருந்து வெளியேறினேன். ____/____/____
- ☐ நான் எனது தொழில் உரிமையாளர் அல்லது தொழிற்சங்கத்திடமிருந்து (COBRA காப்பீடு உட்பட) (தேதியைச் செருகவும்) அன்று காப்பீட்டை விட்டு விலகினேன். ____/____/____
- ☐ Medicare மருந்துக் காப்பீட்டிற்கு இணையான சிறந்த, Medicare அல்லாத பிற மருந்துக் காப்பீட்டை (தகுதியான காப்பீடு) நான் இழந்துவிட்டேன் அல்லது எனது Medicare அல்லாத பிற காப்பீடு மாற்றமடைந்து இனி தகுதியானதாகக் கருதப்படாது. நான் எனது கவரேஜை இழந்த தேதி (தேதியைச் செருகவும்). ____/____/____
- ☐ என்னிடம் உள்ள திட்டம் வரவிருக்கும் ஒப்பந்த ஆண்டில் புதுப்பிக்கப்படாது
*குறிப்பு: இந்த SEP ஆனது 12/8-பிப்ரவரி கடைசி நாள் முதல் செல்லுபடியாகும்.
- ☐ Medicare எனது திட்டத்துடனான ஒப்பந்தத்தை முடித்துக்கொண்டதால், எனது காப்பீட்டை இழந்தேன். எனக்கு Medicare ஒரு கடிதம் வந்தது, நான் வேறொரு திட்டத்தில் சேரலாம் என்று கூறியது. எனது கவரேஜ் (தேதியைச் செருகவும்) அன்று முடிந்தது. ____/____/____
- ☐ நான் PACE (முதியோருக்கான அனைத்தையும் உள்ளடக்கிய பராமரிப்புத் திட்டங்கள்) திட்டத்தில் எனது காப்பீட்டைக் கைவிட்டேன். நான் திட்டத்தைவிட்டு விட்டு (தேதியைச் செருகவும்) அன்று வெளியேறினேன். ____/____/____
- ☐ அந்தத் திட்டத்திற்குத் தேவையான சிறப்புத் தேவைகள் நிலை இனி எனக்கு இல்லாததால், எனது சிறப்புத் தேவைகள் திட்டத்தை இழந்துவிட்டேன். நான் (தேதியைச் செருகவும்) அன்று SNP-யிலிருந்து நீக்கப்படுவேன் அல்லது நீக்கப்பட்டேன். ____/____/____



- ☐ என்னுடைய நாள்பட்ட நோய்க்கு ஏற்ப அதன் நன்மைகளை மாற்றியமைக்கும் ஒரு சிறப்புத் தேவைகள் திட்டத்தில் சேர விரும்புகிறேன்.
- ☐ எனது CSNP திட்டத்திற்கு நான் தகுதியற்றவன் என்று கண்டறியப்பட்டது. வேறு திட்டத்தில் சேர விரும்புகிறேன்.
எனக்கு (தேதியைச் செருகவும்) அன்று தெரிவிக்கப்பட்டது. ____/____/____
- ☐ சமீபத்தில் எனது Medicaid-இல் (புதிதாக Medicaid பெற்றது, எனது Medicaid அளவில் மாற்றம் இருந்தது, அல்லது Medicaid தொலைந்துவிட்டது) (தேதியைச் செருகவும்) அன்று ஒரு மாற்றம் இருந்தது. ____/____/____
- ☐ சமீபத்தில் எனது மருந்து செலவுகளுக்கு (புதிதாக கூடுதல் உதவி கிடைத்தது, கூடுதல் உதவியின் அளவில் மாற்றம் ஏற்பட்டது அல்லது கூடுதல் உதவியை இழந்தது) பணம் செலுத்துவதற்காக எனது கூடுதல் உதவியில் (தேதியைச் செருகவும்) அன்று மாற்றம் ஏற்பட்டது. ____/____/____
- ☐ நான் Medicare (அல்லது எனது மாகாணம்) மூலம் ஒரு திட்டத்தில் சேர்ந்துள்ளேன், நான் வேறு ஒரு திட்டத்தைத் தேர்வு செய்ய விரும்புகிறேன்.
அந்தத் திட்டத்தில் எனது சேர்க்கை (தேதியைச் செருகவும்) அன்று தொடங்கியது. ____/____/____
- ☐ நான் ஒரு மாகாண மருந்தக உதவித் திட்டத்தில் உள்ளேன். பின்வரும் மாகாணங்கள் தகுதி வாய்ந்த SPAP-ஐக் கொண்டுள்ளன:
Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin.
- ☐ நான் ஒரு மாகாண மருந்தக உதவித் திட்டத்திலிருந்து உதவியை இழக்கிறேன்.
நான் (தேதியைச் செருகவும்) அன்று உதவியை இழந்தேன். ____/____/____
- ☐ நான் அல்லது உடல்நலப் பாதுகாப்பு முடிவுகளை எடுக்க எனக்கு உதவும் நபர், ஒரு அவசரகால அல்லது பெரும் பேரிடரால் பாதிக்கப்பட்டோம் (மத்திய அவசரகால மேலாண்மை முகமையால், அல்லது மத்திய, எனது மாநில அல்லது எனது உள்ளூர் அரசால் அறிவிக்கப்பட்டபடி). பேரிடர் காரணமாக, இந்தப் பக்கத்தில் உள்ள மற்றொரு அறிக்கை எனக்குப் பொருந்துகிறது, ஆனால் என்னால் எனது கோரிக்கையைச் செய்ய முடியவில்லை.
இதற்கான சேர்க்கைக் காலத்தைத் தவற விட்டுவிட்டேன்: _____
- ☐ 5-நட்சத்திர Medicare திட்டத்தில் நான் சேர்கிறேன்.
- ☐ கடந்த 3 வருடங்களாக 3 நட்சத்திரங்களுக்கும் குறைவான நட்சத்திர மதிப்பீட்டைப் பெற்ற ஒரு திட்டத்தில் நான் இருக்கிறேன். நான் 3 நட்சத்திரங்கள் அல்லது அதற்கு மேல் மதிப்பீடு உள்ள ஒரு திட்டத்தில் சேர விரும்புகிறேன்.
- ☐ நிதிச் சிக்கல்களால் சமீபத்தில் மாகாண அரசால் பொறுப்பேற்கப்பட்ட (செயல்திகாரியின் கட்டுப்பாட்டிற்குள் கொண்டுவரப்பட்ட) ஒரு திட்டத்தில் உள்ளேன்.
நான் வேறொரு திட்டத்திற்கு மாற விரும்புகிறேன்.
- ☐ நான் அணுகக்கூடிய வடிவத்தில் தகவல்களைக் கேட்டேன், ஆனால் அவற்றைச்



சரியான நேரத்தில் பெறவில்லை. எனக்குப் பதிவு முடிவுகளை எடுக்க நேரம் கிடைத்துவிட்டது என்பதால் இப்போது பதிவு செய்ய விரும்புகிறேன்.

முன்பு நான் கோரிய அணுகக்கூடிய வடிவம்: _____

*குறிப்பு: அணுகக்கூடிய வடிவத்தில் பிரெய்லி, தரவு CD, பெரிய அச்சு உள்ளிட்ட ஏனையவை அடங்கும்

- ☐ நான் பகுதி A-க்கான பிரீமியம் செலுத்துகிறேன், மேலும் பொதுச் சேர்க்கைக் காலத்தில் (ஒவ்வோர் ஆண்டும் ஜனவரி 1 முதல் மார்ச் 31 வரை) பகுதி B-க்குப் பதிவு செய்தேன். நான் ஒரு Medicare மருந்துத் திட்டம் (பகுதி D) அல்லது மருந்து கவரேஜ் உள்ள Medicare Advantage திட்டத்தில் சேர விரும்புகிறேன்.
* நீங்கள் பகுதி A-க்குப் பிரீமியம் செலுத்தியிருந்து பொதுச் சேர்க்கைக் காலத்தில் பகுதி B-இல் பதிவு செய்திருந்தால், ஒரு திட்டத்தில் இணைய பகுதி B-இல் சேர்ந்தபின் உங்களுக்கு 2 மாத கால அவகாசமிருக்கும்.
(தேதியைச் செருகவும்) அன்று நான் பதிவு செய்தேன். ____/____/____

- ☐ நான் ஒரு விதிவிலக்கான சூழ்நிலை காரணமாக நான் தகுதி பெற்று ஒரு சிறப்புச் சேர்க்கைக் காலத்தில் பகுதி A (மருத்துவமனைக் காப்பீடு) அல்லது பகுதி B (மருத்துவக் காப்பீடு) க்குப் பதிவு செய்தேன். (தேதியைச் செருகவும்) அன்று நான் பதிவு செய்தேன். ____/____/____

- ☐ எனக்கு Medicare உள்ளது மற்றும் முழுமையான Medicaid பலன்களைப் பெறுகிறேன். முழுமையாக ஒருங்கிணைக்கப்பட்ட இரட்டைத் தகுதி சிறப்புத் தேவைகளுக்கான திட்டத்தில் (FIDE SNP), மிக ஒருங்கிணைந்த இரட்டைத் தகுதி சிறப்புத் தேவைகளுக்கான திட்டத்தில் (HIDE SNP), அல்லது ஒரு பொருந்தக்கூடிய ஒருங்கிணைந்த திட்டத்தில் (AIP) நான் சேர விரும்புகிறேன்.

- ☐ நான் ஒரு Medicare Advantage திட்டம் மூலம் Medicare மருந்து கவரேஜ் (பகுதி D) பெற்றுள்ளேன். நான் ஒரு வித்தியாசமான Medicare சுகாதாரத் திட்டத்தில் சேர விரும்புகிறேன், அது மருந்து கவரேஜை வழங்குவதில்லை, அதனால் நான் Medicare அல்லாத நம்பகமான மருந்து கவரேஜிற்கு மாற முடியும். *குறிப்பு: MA மட்டும்

இந்த அறிக்கைகளில் எதுவும் உங்களுக்குப் பொருந்தவில்லை அல்லது உங்களுக்குத் தெரியவில்லை என்றால், நீங்கள் சேரத் தகுதியுள்ளவரா என்பதைத் தெரிந்துகொள்ள Wellcare-ஐ 1-844-480-0680 என்ற எண்ணில் தொடர்பு கொள்ளவும் (TTY பயனர்கள் 711 என்ற எண்ணை அழைக்க வேண்டும்). அக்டோபர் 1 முதல் டிசம்பர் 15 வரை, ஞாயிறு-சனி, காலை 8 முதல் இரவு 8 மணிவரை எங்கள் பிரதிநிதிகள் கிடைக்கப் பெறுவார்கள். டிசம்பர் 16 முதல் செப்டம்பர் 30 வரை, திங்கள்-சனி, காலை 8 முதல் இரவு 8 வரை எங்கள் பிரதிநிதிகள் கிடைக்கப் பெறுவார்கள்

உங்கள் Medicare Part B பிரீமியத்தை நீங்கள் தொடர்ந்து செலுத்திவர வேண்டும். எனினும், முழுமையான இரட்டைப் பயனாளிகளுக்கு, உங்கள் Medicaid தகுதியை நீங்கள் தக்க வைத்துக் கொள்ளும் வரையிலும், உங்கள் பகுதி B பிரீமியத்துக்கு மாகாணம் பாதுகாப்புத் தரும்.



