ແບບຟອມການຮ້ອງຂໍການລົງທະບຽນບຸກຄົນ 2026 ເພື່ອລົງທະບຽນ ໃນແຜນ Medicare Advantage (ພາກ C)

OMB No. 0938-1378
Expires: 12/31/2026

✓ ກວດເບິ່ງສະຖານະຄຳຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານທີ່ນີ້:
wellcare.com/applicationtracker

ໃຜສາມາດໃຊ້ແບບຟອມນີ້?

ຄົນທີ່ມີ Medicare ຜູ້ທີ່ຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມແຜນການ Medicare Advantage

ເພື່ອເຂົ້າຮ່ວມແຜນການ, ທ່ານຕ້ອງ:

- ເປັນພົນລະເມືອງສະຫະລັດ ຫຼື ຢູ່ໃນສະຫະລັດຢ່າງຖືກກົດໝາຍ.
- 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
- ໃນບາງສະຖານະການທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ເຂົ້າຮ່ວມ ຫຼື ປ່ຽນແຜນການ

ເຂົ້າໄປທີ່ Medicare.gov ເພື່ອສຶກສາເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບເວລາທີ່ທ່ານສາມາດລົງທະບຽນສຳລັບແຜນການໄດ້.

ຂ້ອຍຕ້ອງການຫຍັງເພື່ອເຮັດແບບຟອມນີ້?

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

ໝາຍເຫດ: ທ່ານຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນທັງໝົດໃນ ພາກທີ 1. ລາຍການໃນ ພາກທີ 2 ແມ່ນທາງເລືອກ - ທ່ານບໍ່ສາມາດຖືກປະຕິເສດການຄຸ້ມຄອງໄດ້ ເພາະວ່າທ່ານບໍ່ໄດ້ຕື່ມຂໍ້ມູນເຫຼົ່ານັ້ນ.

ບຸກຄົນທີ່ປະສົບກັບການຂາດທີ່ຢູ່ອາໄສ

- ຖ້າທ່ານຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມແຜນການ ແຕ່ບໍ່ມີທີ່ຢູ່ອາໄສຖາວອນ, ຕູ້ໄປສະນີ, ທີ່ຢູ່ຂອງສູນພັກເຊົາ ຫຼື ຄລີນິກ ຫຼື ທີ່ຢູ່ທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບຈົດໝາຍ (ເຊັ່ນ: ການກວດກາປະກັນສັງຄົມ) ອາດຖືວ່າເປັນທີ່ຢູ່ອາໃສຖາວອນຂອງທ່ານ.

ທ່ານເຄີຍຄິດກ່ຽວກັບການລົງທະບຽນຢູ່ **go.wellcare.com/WI** ແທນບໍ? ມັນເປັນວິທີທີ່ໄວ, ປອດໄພ ແລະ ງ່າຍຕໍ່ການສະໝັກ.

ການແຈ້ງເຕືອນ:

- ຖ້າທ່ານຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມແຜນການໃນລະຫວ່າງການລົງທະບຽນໃນລະດູໃບໄມ້ປົ່ງ (15 ຕຸລາ – 7 ທັນວາ), ແຜນການດັ່ງກ່າວຕ້ອງໄດ້ຮັບແບບຟອມທີ່ສຳເລັດພາຍໃນ ວັນທີ 7 ເດືອນທັນວາ.
- ແຜນການຂອງທ່ານຈະສົ່ງໃບບິນຄ່າປະກັນໄພຂອງແຜນການໃຫ້ທ່ານ. ທ່ານສາມາດເລືອກທີ່ຈະລົງທະບຽນເພື່ອມີການຈ່າຍເງິນຄ່າປະກັນໄພຂອງທ່ານຖືກຫັກອອກຈາກບັນຊີທະນາຄານຂອງທ່ານ ຫຼື ຜົນປະ�โຫຍດປະກັນສັງຄົມປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານ (ຫຼື ຄະນະກຳມະການບຳນານທາງລົດໄຟ).

ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນຕໍ່ໄປ?

ສົ່ງແບບຟອມທີ່ສຳເລັດ ແລະ ລົງນາມຂອງທ່ານໄປທີ່:

Wellcare
PO Box 10420
Van Nuys, CA
91410-0420

ເມື່ອພວກເຂົາປະມວນຜົນການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານເພື່ອເຂົ້າຮ່ວມ, ພວກເຂົາຈະຕິດຕໍ່ຫາ ທ່ານ.

ຂ້ອຍຈະຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອກັບແບບຟອມນີ້ໄດ້ແນວໃດ?

ໂທຫາ Wellcare ທີ່ເບີ 1-844-480-0680. ຜູ້ໃຊ້ TTY ສາມາດໂທຫາ 711 ໄດ້.

©Wellcare 2025

ຫຼື ໂທຫາ Medicare ທີ່ເບີ 1-800-Medicare
(1-800-633-4227), ທຸກມື້ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ,
7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ.
ຜູ້ໃຊ້ TTY ສາມາດໂທຫາ 1-877-486-2048.

ສຳຄັນ

ຢ່າສົ່ງແບບຟອມນີ້ ຫຼື ລາຍການໃດໆທີ່ມີຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ (ເຊັ່ນ: ການຮຽກຮ້ອງ, ການຈ່າຍເງິນ, ບັນທຶກທາງການແພດ ແລະອື່ນໆ) ໄປໃຫ້ຫ້ອງການເກັບກູ້ລາຍງານ PRA. **ລາຍການໃດໆທີ່ພວກເຮົາໄດ້ຮັບທີ່ບໍ່ແມ່ນກ່ຽວກັບວິທີການປັບປຸງແບບຟອມນີ້ ຫຼື ພາລະການເກັບລວບລວມຂອງມັນ (ລະບຸໄວ້ໃນ** OMB 0938-1378) **ຈະຖືກທຳລາຍ. ມັນຈະບໍ່ຖືກເກັບຮັກສາ, ທົບທວນ ຫຼື ສົ່ງຕໍ່ຫາແຜນການ. ເບິ່ງ "ຈະເກີດຫຍັງຂຶ້ນຕໍ່ໄປ?" ໃນໜ້ານີ້ ເພື່ອສົ່ງແບບຟອມທີ່ເຮັດສຳເລັດຂອງທ່ານໄປຫາແຜນການ.**

ພາກທີ 1 – ຊ່ອງຂໍ້ມູນທັງໝົດໃນໜ້ານີ້ແມ່ນຕ້ອງການ (ເວັ້ນເສຍແຕ່ຈະໝາຍເປັນທາງເລືອກ)

ເລືອກແຜນທີ່ທ່ານຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມ:

Wellcare Dual Access Sync (HMO-POS D-SNP)[1] –ລວມມີການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ

☐ **H8189-001-000** $0 ຕໍ່ເດືອນ

Wellcare Dual Reserve (HMO-POS D-SNP)[1] –ລວມມີການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ

☐ **H8189-007-000** $0-$10.40* ຕໍ່ເດືອນ

Wellcare Simple (HMO-POS) –ລວມມີການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດ

☐ **H8189-008-000** $0 ຕໍ່ເດືອນ

[1] ທ່ານຕ້ອງມີເງື່ອນໄຂການລົງທະບຽນສະເພາະເພື່ອລົງທະບຽນໃນແຜນການນີ້.
*ຄ່າປະກັນໄພຕົວຈິງໂດຍອີງໃສ່ສະຖານະເງິນອຸດໜູນທີ່ມີລາຍໄດ້ຕ່ຳ.

©Wellcare 2025

ພາກທີ 1 – ຊ່ອງຂໍ້ມູນທັງໝົດໃນພາກນີ້ແມ່ນຕ້ອງການ (ເວັ້ນເສຍແຕ່ຈະໝາຍເປັນທາງເລືອກ)

ຊື່ _____ ນາມສະກຸນ _____ ທາງເລືອກ: ຊື່ກາງ ____

ວັນເດືອນປີເກີດ ____ ____ ____ (M M D D Y Y Y Y)

ເພດ ☐ ຊາຍ ☐ ຍິງ

ໝາຍເລກໂທລະສັບ ____ - ____ - ____ ປະເພດໂທລະສັບ ☐ ບ້ານ ☐ ມືຖື

ທາງເລືອກ: ໝາຍເລກໂທລະສັບສຳຮອງ ____ - ____ - ____ ປະເພດໂທລະສັບ ☐ ບ້ານ ☐ ມືຖື

ທາງເລືອກ: ທີ່ຢູ່ອີເມວ: _____

ທາງເລືອກ: ທ່ານຮູ້ສຶກສະດວກສະບາຍໃນການໃຊ້ອິນເຕີເນັດ, ອີເມວ ຫຼື ການສົ່ງຂໍ້ຄວາມດ້ວຍຕົວຂອງທ່ານເອງບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່

ທາງເລືອກ: ວິທີການຕິດຕໍ່ທີ່ຕ້ອງການ: ☐ ທາງ�โທລະສັບ ☐ ສົ່ງຂໍ້ຄວາມ ☐ ອີເມວ

* ກະລຸນາສັງເກດວ່າ ການສື່ສານອາດຈະຖືກສົ່ງອອກນອກເໜືອຂອງການເລືອກ 'ວິທີການຕິດຕໍ່ທີ່ຕ້ອງການ'.

ພວກເຮົາຕ້ອງການໃຫ້ທ່ານມ່ວນຊື່ນກັບການເປັນສະມາຊິກ ແລະ ເຂົ້າໃຈແຜນການຂອງທ່ານ. ກະລຸນາໃຫ້ເບີ�โທລະສັບ ແລະ ອີເມລ໌ຂອງທ່ານ ເພື່ອໃຫ້ພວກເຮົາສາມາດບອກທ່ານກ່ຽວກັບສະຖານະການຄຳຮ້ອງສະໝັກຂອງທ່ານ. ໃນຖານະເປັນສະມາຊິກ, ພວກເຮົາຈະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນທີ່ເປັນປະໂຫຍດ ເຊັ່ນ: ສິ່ງທີ່ຄາດຫວັງ, ສຸຂະພາບດີ, ການນຳໃຊ້ຜົນປະ�โຫຍດພິເສດ, ຊອກຫາທ່ານໝໍ, ປະຕູສະມາຊິກຂອງພວກເຮົາ ແລະ ສິ່ງທີ່ສຳຄັນອື່ນໆ. ຖ້າທ່ານບໍ່ສົນໃຈ, ທ່ານສາມາດເລືອກອອກຈາກຂໍ້ຄວາມ ແລະ ອີເມວບາງຢ່າງ.

ພວກເຮົາຕ້ອງການໃຫ້ທ່ານມັກແຜນການ Wellcare ຂອງທ່ານ. ຖ້າພວກເຮົາມີແຜນການອື່ນໆທີ່ອາດຈະດີກວ່າສຳລັບທ່ານ. ຍ້ອນວ່າຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານມີການປ່ຽນແປງ, ພວກເຮົາຈະບອກທ່ານ. ພວກເຮົາຈະເວົ້າກ່ຽວກັບແຜນການຈາກພວກເຮົາເທົ່ານັ້ນ.

(ຢ່າໃສ່ຕູ້ໄປສະນີ. ໝາຍເຫດ: ສຳລັບບຸກຄົນທີ່ປະສົບກັບການຂາດທີ່ຢູ່ອາໃສ, ຕູ້ໄປສະນີອາດຈະຖືກພິຈາລະນາເປັນທີ່ຢູ່ອາໃສຖາວອນຂອງທ່ານ). ☐ ປະສົບກັບຄົນບໍ່ມີທີ່ຢູ່ອາໃສ

ທີ່ຢູ່ຖະໜົນຂອງຜູ້ຢູ່ອາໃສຖາວອນ

_____

ເມືອງ _____ ທາງເລືອກ: ເຂດ _____ ລັດ ____ ລະຫັດໄປສະນີ ____

©Wellcare 2025

ທີ່ຢູ່ທາງໄປສະນີ, ຖ້າແຕກຕ່າງຈາກທີ່ຢູ່ຖາວອນຂອງທ່ານ (ຕູ້ໄປສະນີແມ່ນອະນຸຍາດ)
ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ

ເມືອງ | ລັດ | ລະຫັດໄປສະນີ

ມູນ **Medicare** ຂອງທ່ານ:
ໝາຍເລກ **Medicare**

ມີສິດຕໍ່ກັບ:
ໂຮງໝໍ (ພາກ A)

ວັນທີທີ່ມີຜົນນຳໃຊ້

ຕອບຄຳຖາມທີ່ສຳຄັນເຫຼົ່ານີ້:

1. ທ່ານຈະມີການຄຸ້ມຄອງຢາຕາມໃບສັ່ງແພດອື່ນໆ (ເຊັ່ນ: VA, TRICARE) ນອກຈາກ Wellcare ບໍ?
   ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່
   ຊື່ຂອງການຄຸ້ມຄອງອື່ນໆ
   ໝາຍເລກສະມາຊິກສຳລັບການຄຸ້ມຄອງນີ້
   ໝາຍເລກກຸ່ມສຳລັບການຄຸ້ມຄອງນີ້

2. ຖ້າລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນ D-SNP, ກະລຸນາໃຫ້: ໝາຍເລກໂຄງການ Medicaid ຂອງລັດ:

   ກະລຸນາໃສ່ໝາຍເລກ Medicaid ສຳລັບແຜນການ D-SNP. ໝາຍເລກ Medicaid ທີ່ຂາດຫາຍໄປອາດສົ່ງຜົນໃຫ້ ການປະມວນຜົນໃບສະໝັກຊັກຊ້າ ແລະ ອາດຈະຖືກປະຕິເສດໃບສະໝັກ.

ສຳຄັນ: ອ່ານ ແລະ ລົງຊື່ຂ້າງລຸ່ມນີ້:

- ຂ້ອຍຕ້ອງຮັກສາທັງໂຮງໝໍ (ພາກ A) ແລະ ທາງການແພດ (ພາກ B) ເພື່ອຢູ່ໃນ Wellcare.
- ໂດຍການເຂົ້າຮ່ວມແຜນການ Medicare Advantage ນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າ Wellcare ຈະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງຂ້າພະເຈົ້າກັບ Medicare, ຜູ້ທີ່ອາດຈະໃຊ້ມັນເພື່ອຕິດຕາມການລົງທະບຽນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຈ່າຍເງິນ ແລະ ເພື່ອຈຸດປະສົງອື່ນໆ ທີ່ກົດໝາຍລັດຖະບານກາງອະນຸຍາດໃຫ້ເກັບກຳຂໍ້ມູນນີ້ (ເບິ່ງໃບປະກາດກົດໝາຍຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂ້າງລຸ່ມນີ້). ຄຳຕອບຂອງທ່ານຕໍ່ແບບຟອມນີ້ແມ່ນດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ. ຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ການບໍ່ຕອບສະໜອງອາດຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການລົງທະບຽນໃນແຜນການ.
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນການ MA ຫຼື ພາກ D ໄດ້ເທື່ອລະອັນ - ແລະ ການລົງທະບຽນໃນແຜນນີ້ຈະສິ້ນສຸດການລົງທະບຽນຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນແຜນການ MA ຫຼື ພາກ D ອື່ນໂດຍອັດຕະໂນມັດ (ມີຂໍ້ຍົກເວັ້ນສຳລັບແຜນການ MA PFFS, MA MSA).

©Wellcare 2025

- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ເມື່ອການຄຸ້ມຄອງ Wellcare ຂອງຂ້າພະເຈົ້າເລີ່ມຕົ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໄດ້ຮັບຜົນປະ�โยດທາງການແພດ ແລະ ຢາຕາມໃບສັ່ງແພດທັງໝົດຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈາກ Wellcare. ຜົນປະ�โยດ ແລະ ການບໍລິການທີ່ສະໜອງໃຫ້ໂດຍ Wellcare ແລະ ມີຢູ່ໃນເອກະສານ "ຫຼັກຖານຂອງການຄຸ້ມຄອງ" Wellcare ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ຍັງເອີ້ນວ່າ ສັນຍາສະມາຊິກ ຫຼື ສັນຍາຜູ້ສະໝັກສະມາຊິກ) ຈະຖືກຄຸ້ມຄອງ. ທັງ Medicare ຫຼື Wellcare ຈະບໍ່ຈ່າຍຄ່າ ຜົນປະ�โยດ ຫຼື ການບໍລິການທີ່ບໍ່ໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງ.
- ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບແບບຟອມການລົງທະບຽນນີ້ແມ່ນຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າເຈດຕະນາໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງຢູ່ໃນແບບຟອມນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກຍົກເລີກການລົງທະບຽນຈາກແຜນການ.
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ (ຫຼື ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຕາມກົດໝາຍໃນນາມຂອງຂ້າພະເຈົ້າ) ໃນໃບສະໝັກນີ້ໝາຍຄວາມວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານ ແລະ ເຂົ້າໃຈເນື້ອໃນຂອງໃບສະໝັກນີ້ແລ້ວ. ຖ້າລົງນາມໂດຍຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ (ດັ່ງທີ່ອະທິບາຍໄວ້ຂ້າງເທິງ), ລາຍເຊັນນີ້ຢັ້ງຢືນວ່າ:

  1) ບຸກຄົນນີ້ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດພາຍໃຕ້ກົດໝາຍຂອງລັດ ເພື່ອເຮັດສຳເລັດການລົງທະບຽນນີ້, ແລະ

  2) ເອກະສານຂອງອຳນາດນີ້ແມ່ນມີໃຫ້ຕາມການຮ້ອງຂໍໂດຍ Medicare.

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

ວັນທີຂອງມື້ນີ້

M M	D D	Y Y Y Y

ລາຍເຊັນ

ຖ້າທ່ານເປັນຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ, ເຊັນຊື່ຂ້າງເທິງ ແລະ ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃນຊ່ອງຂ້າງລຸ່ມນີ້:

ຊື່:

ທີ່ຢູ່

ໝາຍເລກໂທລະສັບ

- -

ຄວາມສຳພັນກັບຜູ້ລົງທະບຽນ

©Wellcare 2025

ພາກທີ 2 – ຊ່ອງຂໍ້ມູນທັງໝົດໃນພາກນີ້ແມ່ນເປັນທາງເລືອກ

ການຕອບຄຳຖາມເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນທາງເລືອກຂອງທ່ານ. ທ່ານບໍ່ສາມາດຖືກປະຕິເສດການຄຸ້ມຄອງເນື່ອງຈາກວ່າທ່ານບໍ່ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ມັນ.

ເລືອກອັນໜຶ່ງຫາກທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາສົ່ງໃຫ້ທ່ານ ຂໍ້ມູນເປັນພາສາອື່ນທີ່ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ.

☐ ສະເປນ ☐ ມົ້ງ ☐ ອາຣາບິກ ☐ ລັດເຊຍ ☐ ລາວ

ເລືອກອັນໜຶ່ງ ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາສົ່ງຂໍ້ມູນໃຫ້ທ່ານໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້.

☐ ຕົວໜັງສືນູນ ☐ ພິມໃຫຍ່ ☐ ຊີດີສຽງ ☐ ຊີດີຂໍ້ມູນ

ກະລຸນາຕິດຕໍ່ Wellcare ທີ່ເບີ 1-844-480-0680 (ຜູ້ໃຊ້ TTY ສາມາດໂທຫາ 711) ຖ້າທ່ານຕ້ອງການ ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ ນອກເໜືອໄປຈາກສິ່ງທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງ. ເວລາຫ້ອງການຂອງພວກເຮົາແມ່ນ ວັນອາທິດ - ວັນເສົາ, 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. (ເຂດເວລາທັງໝົດ).

---

1. ທ່ານເຮັດວຽກບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່
2. ຄູ່ສົມລົດຂອງທ່ານເຮັດວຽກບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່
3. ທ່ານເປັນຜູ້ຢູ່ອາໄສຂອງສະຖານທີ່ດູແລໄລຍະຍາວ ເຊັ່ນ: ເຮືອນພະຍາບານບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່
   ຖ້າ "ແມ່ນ", ກະລຸນາໃຫ້ຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້:

ຊື່ຂອງສະຖານທີ່:

ທີ່ຢູ່ຂອງສະຖານທີ່ (ເລກທີ ແລະ ຖະໜົນ)

ເມືອງ	ລັດ	ລະຫັດໄປສະນີ	ໝາຍເລກໂທລະສັບ

ບອກລາຍຊື່ແພດໝໍ່ປະຖົມພະຍາບານ (PCP), ຄລີນິກ ຫຼື ສູນສຸຂະພາບໃນເຄືອຂ່າຍຂອງທ່ານ:

ທ່ານສາມາດຊອກຫາຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຢູ່ wellcarefindaprovider.com

ຂໍ້ມູນຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຳລັບແຜນການ HMO:

PCP NPI: PPG ID:

ໄດ້ຮັບການເລືອກ PCP/PPG ສຳລັບແຜນການທີ່ເລືອກບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່

ຄົນເຈັບປະຈຸບັນບໍ? ☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່

©Wellcare 2025

ຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພແຜນການຂອງທ່ານ

ທ່ານສາມາດຊຳລະຄ່າປະກັນໄພແຜນການປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານ (ລວມທັງ ຄ່າປັບໃໝການສະໝັກຊ້າທີ່ທ່ານມີໃນປະຈຸບັນ ຫຼື ອາດຈະຕິດໜີ້) ທາງໄປສະນີ, ການໂອນເງິນທາງອີເລັກໂທຣນິກ (EFT) ຫຼື ບັດເຄຣດິດໃນແຕ່ລະເດືອນ. ນອກນັ້ນ ທ່ານຍັງສາມາດເລືອກທີ່ຈະຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພຂອງທ່ານໂດຍການເອົາມັນອັດຕະໂນມັດອອກຈາກປະກັນສັງຄົມ ຫຼື ຜົນປະ�โຫຍດຂອງຄະນະກຳມະການເງິນບຳນານທາງລົດໄຟ **(RRB)** ໃນແຕ່ລະເດືອນ.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງຈ່າຍ ພາກ **D-**ລາຍຮັບທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການປັບຕົວປະຈຳເດືອນ **(**ພາກ **D-IRMAA),** ທ່ານຕ້ອງຈ່າຍຈຳນວນນີ້ເພີ່ມເຕີມຕໍ່ກັບຄ່າປະກັນໄພແຜນຂອງທ່ານ**.** ປົກກະຕິແລ້ວຈຳນວນເງິນຈະຖືກເອົາອອກຈາກຜົນປະ�โຫຍດປະກັນສັງຄົມຂອງທ່ານ ຫຼື ທ່ານອາດຈະໄດ້ຮັບໃບບິນຈາກ Medicare (ຫຼື RRB). ຢ່າຈ່າຍຄ່າ Wellcare ພາກ D-IRMAA.

ຖ້າທ່ານບໍ່ເລືອກທາງເລືອກການຈ່າຍເງິນ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບໃບບິນໃນແຕ່ລະເດືອນ.

ກະລຸນາເລືອກທາງເລືອກການຈ່າຍເງິນຄ່າປະກັນໄພ:

☐ ຮັບໃບບິນ

☐ ການຫັກອອກອັດຕະໂນມັດຈາກການກວດກາຜົນປະ�โຫຍດປະກັນສັງຄົມ ຫຼື ຄະນະກຳມະການເງິນບຳນານທາງລົດໄຟ (RRB) ປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານ. ຂ້ອຍໄດ້ຮັບຜົນປະ�โຫຍດປະຈຳເດືອນຈາກ:

☐ ປະກັນສັງຄົມ ☐ RRB

(ການຫັກເງິນປະກັນສັງຄົມ/RRB ອາດຈະໃຊ້ເວລາສອງເດືອນ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ ເພື່ອເລີ່ມຕົ້ນຫຼັງຈາກປະກັນສັງຄົມ ຫຼື RRB ອະນຸມັດການຫັກອອກ. ໃນກໍລະນີຫຼາຍທີ່ສຸດ, ຖ້າປະກັນສັງຄົມ ຫຼື RRB ຍອມຮັບຄຳຮ້ອງຂໍການຫັກເງິນອັດຕະໂນມັດຂອງທ່ານ, ການຫັກອອກຄັ້ງທຳອິດຈາກການກວດສອບຜົນປະ�โຫຍດປະກັນສັງຄົມ ຫຼື RRB ຂອງທ່ານ ຈະລວມເອົາຄ່າປະກັນໄພທັງໝົດ ເນື່ອງຈາກການລົງທະບຽນຂອງທ່ານມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຈົນເຖິງຈຸດການຫັກຈ່າຍເລີ່ມຕົ້ນ. ຖ້າປະກັນສັງຄົມ ຫຼື RRB ບໍ່ອະນຸມັດຄຳຮ້ອງຂໍການຫັກອອກອັດຕະໂນມັດຂອງທ່ານ, ພວກເຮົາ
ຈະສົ່ງໃບບິນຄ່າປະກັນໄພປະຈຳເດືອນໃຫ້ທ່ານ.)

ສຳລັບບຸກຄົນທີ່ຊ່ວຍລົງທະບຽນໃນການເຮັດແບບຟອມນີ້ເທົ່ານັ້ນ

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

ຊື່:_____ ຄວາມສຳພັນກັບຜູ້ລົງທະບຽນ:_____

ລາຍເຊັນ:_____ ໝາຍເລກຜູ້ຜະລິດແຫ່ງຊາດ (ຕົວແທນ/ນາຍໜ້າເທົ່ານັ້ນ):_____

©Wellcare 2025

ຖະແຫຼງການກົດໝາຍວ່າດ້ວຍຄວາມເປັນສ່ວນຕົວ

ສູນບໍລິການ Medicare & Medicaid (CMS) ເກັບກຳຂໍ້ມູນຈາກແຜນ Medicare ເພື່ອຕິດຕາມການລົງທະບຽນຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະ�โยດໃນແຜນການ Medicare Advantage (MA), ປັບປຸງການດູແລ ແລະ ສຳລັບການຊຳລະເງິນຊ່ວຍເຫຼືອ Medicare. ພາກທີ 1851 ແລະ 1860D-1 ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍປະກັນສັງຄົມ ແລະ 42 CFR §§ 422.50 ແລະ 422.60 ອະນຸຍາດໃຫ້ເກັບກຳຂໍ້ມູນນີ້. CMS ອາດຈະໃຊ້, ເປີດເຜີຍ ແລະ ແລກປ່ຽນຂໍ້ມູນການລົງທະບຽນຈາກຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະ�โยດ Medicare ຕາມທີ່ລະບຸໄວ້ໃນລະບົບແຈ້ງການບັນທຶກ (SORN) "ຢາຕາມໃບສັ່ງແພດຂອງ Medicare Advantage (MARx)", ລະບົບເລກທີ 09-70-0588. ຄຳຕອບຂອງທ່ານຕໍ່ແບບຟອມນີ້ແມ່ນດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ. ຢ່າງໃດກໍ່ຕາມ, ການບໍ່ຕອບສະໜອງອາດຈະສົ່ງຜົນກະທົບຕໍ່ການລົງທະບຽນໃນແຜນການ.

ນຳໃຊ້ສຳລັບຫ້ອງການເທົ່ານັ້ນ:

ໂດຍການລົງນາມ ແລະ ສົ່ງເອກະສານສະບັບນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຮັບຮອງว่า ຂໍ້ມູນທີ່ສະໜອງໃຫ້ພາຍໃນນັ້ນແມ່ນຄວາມຈິງ, ຄົບຖ້ວນ ແລະ ຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມຮູ້ ແລະ ຄວາມເຊື່ອທີ່ດີທີ່ສຸດ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ການລະເວັ້ນອາດເປັນສາເຫດຂອງການປະຕິບັດລະບຽບວິໄນ, ຈົນເຖິງການຍົກເລີກການນັດໝາຍຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ຂໍ້ຕົກລົງຜູ້ຜະລິດ.

ຊື່ຂອງພະນັກງານ/ຕົວແທນ/ນາຍໜ້າ (ຖ້າມີການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການລົງທະບຽນ):

ID ແຜນການ #:

ວັນທີມີຜົນບັງຄັບໃຊ້ຂອງການຄຸ້ມຄອງ: M M D D Y Y Y Y

ຜູ້ຕາງໜ້າຝ່າຍຂາຍ/ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງ Wellcare
(ຕົວແທນຂາຍສ່ວນບຸກຄົນ/ຕົວແທນທີ່ເຮັດສຳເລັດໃບສະໝັກ)

ປະເພດຕົວແທນ (ເລືອກອັນໜຶ່ງ): ☐ ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ ☐ ພະນັກງານ Wellcare

ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ພາກຂ້າງລຸ່ມນີ້:

ຕົວແທນຂາຍ/ຊື່ຕົວແທນ

ຕົວແທນຂາຍ/ຕົວແທນ NPN #

ສັງກັດໜ່ວຍງານ/FMO (ຖ້າມີ):

ຂໍ້ມູນນີ້ຕ້ອງກົງກັບບັນທຶກການອະນຸຍາດ Wellcare ທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸມັດຂອງທ່ານ.

ເບີໂທຕົວແທນ #: - -

ອີເມວ

ໂທລະສັບຕົວແທນ/FMO # (ຖ້າມີ) - -

ຕົວແທນຂາຍ/ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອານຸຍາດ ວັນທີຮັບໃບສະໝັກ: M M D D Y Y Y Y
(ໃບສະໝັກຕ້ອງໄດ້ຮັບຢູ່ Wellcare ພາຍໃນ 1 ວັນຕາມປະຕິທິນຂອງວັນທີ ນີ້.)

ສະຖານທີ່ຮັບໃບສະໝັກ: ☐ ການນັດໝາຍ ☐ ເຫດການຂາຍ ☐ ຢ່າງເຂົ້າມາ
☐ ອື່ນໆ (ລະບຸ):

ການສົ່ງໃບສະໝັກນາຍໜ້າ: ຕົວແທນຝ່າຍຂາຍ/ຕົວແທນ ຕ້ອງສົ່ງ ແຟັກ ຂອບເຂດ ຂອງແບບຟອມນັດໝາຍ ແລະ ການລົງທະບຽນໄປທີ່ເບີ 1-844-222-3180.

©Wellcare 2025

ໃບຢັ້ງຢືນການມີສິດໄດ້ຮັບສໍາລັບໄລຍະເວລາລົງທະບຽນ

ໂດຍປົກກະຕິ, ທ່ານອາດຈະລົງທະບຽນໃນແຜນການ Medicare Advantage ພຽງແຕ່ໃນໄລຍະການລົງທະບຽນປະຈໍາປີຈາກເດືອນຕຸລາ 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 ໝາຍໃສ່ໃນປ່ອງຖ້າຫາກວ່າຄໍາຖະແຫຼງທີ່ໃຊ້ໄດ້ກັບທ່ານ. ໂດຍການກວດເບິ່ງກ່ອງຕໍ່ໄປນີ້, ທ່ານກໍາລັງຢັ້ງຢືນວ່າ, ຕາມຄວາມຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງທ່ານ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນ. ຖ້າພວກເຮົາກວດສອບພາຍຫຼັງວ່າຂໍ້ມູນນີ້ບໍ່ຖືກຕ້ອງ, ທ່ານອາດຈະຖືກຍົກເລີກການລົງທະບຽນ.

ກະລຸນາອ່ານຂໍ້ຄວາມທັງໝົດຂ້າງລຸ່ມນີ້ກ່ອນທີ່ຈະເລືອກ.

☐ ຂ້ອຍໃໝ່ກັບ Medicare.
*ກະລຸນາເລືອກພຽງແຕ່ຖ້າທ່ານແມ່ນ 1. ມີສິດໃໝ່; 2. ທ່ານຢູ່ພາຍໃນ 90 ວັນຂອງການມີອາຍຸ 65 ຫຼື ເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ທ່ານມີອາຍຸ 65 ພາຍໃນ 90 ມື້ທີ່ຜ່ານມາ; 3. ຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດໃໝ່; ຫຼື 4. ມີສິດໃໝ່ແຕ່ກ່ອນໜ້ານີ້ພຽງແຕ່ໄດ້ຮັບ Medicare ຜ່ານຄວາມພິການ.
*ຖ້າການຄຸ້ມຄອງນາຍຈ້າງຂອງທ່ານໄດ້ສິ້ນສຸດລົງເມື່ອໄວໆມານີ້ ແລະ ນີ້ແມ່ນຄັ້ງທໍາອິດຂອງທ່ານທີ່ໃຊ້ Medicare, ກະລຸນາເລືອກ "ຂ້ອຍໄດ້ອອກຈາກການຄຸ້ມຄອງຈາກນາຍຈ້າງ ຫຼື ສະຫະພັນຂອງຂ້ອຍ" SEP ຂ້າງລຸ່ມນີ້.

☐ ໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນລາຍປີ (AEP) ວັນທີ 15 ຕຸລາ ຫາ ວັນທີ 7 ທັນວາທຸກໆປີ.

☐ ຂ້ອຍມີ ພາກ A/D ແລະ ເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ໄດ້ລົງທະບຽນສໍາລັບ ພາກ B. ຂ້ອຍຢາກລົງທະບຽນເຂົ້າຮ່ວມ

ແຜນການ MA.

☐ ຂ້ອຍໃໝ່ກັບ Medicare, ແລະ ຂ້ອຍໄດ້ຮັບການແຈ້ງເຕືອນກ່ຽວກັບ ການໄດ້ຮັບ Medicare ຫຼັງຈາກການຄຸ້ມຄອງພາກ A ແລະ/ຫຼື ພາກ B ຂອງ ຂ້ອຍເລີ່ມຕົ້ນ. ຂ້ອຍໄດ້ຮັບການແຈ້ງເຕືອນເມື່ອ (ໃສ່ວັນທີ) ____ ____ ____ (M M D D Y Y Y Y)

☐ ຂ້ອຍມີ Medicare ມາກ່ອນ, ແຕ່ຕອນນີ້ຂ້ອຍອາຍຸ 65 ປີແລ້ວ.

☐ ຂ້ອຍໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນການ Medicare Advantage ແລະ ຕ້ອງການເຮັດການປ່ຽນແປງໃນລະຫວ່າງໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນເປີດ Medicare Advantage (MA OEP).

☐ ຂ້ອຍຍ້າຍໄປທີ່ຢູ່ໃໝ່ທີ່ຢູ່ນອກພື້ນທີ່ບໍລິການຂອງແຜນການປັດຈຸບັນຂອງ ຂ້ອຍ ຫຼື ຂ້ອຍໄດ້ຍ້າຍເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ ແລະ ແຜນການນີ້ເປັນທາງເລືອກໃໝ່ ສໍາລັບຂ້ອຍ. ຂ້ອຍຍ້າຍໄປ (ໃສ່ວັນທີ) ____ ____ ____ (M M D D Y Y Y Y)

☐ ຂ້ອຍໄດ້ຍ້າຍໄປສະຫະລັດຫຼັງຈາກອາໄສຢູ່ນອກປະເທດເມື່ອ (ໃສ່ວັນທີ). ____ ____ ____ (M M D D Y Y Y Y)

☐ **ຂ້ອຍຖືກປ່ອຍອອກຈາກຄຸກ. ຂ້ອຍຖືກປ່ອຍເມື່ອ (ໃສ່ວັນທີ)** ____ ____ ____ (M M D D Y Y Y Y)

☐ ເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ຂ້ອຍໄດ້ຮັບສະຖານະທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍຢູ່ໃນ ສະຫະລັດ. ຂ້ອຍໄດ້ຮັບສະຖານະນີ້ເມື່ອ (ໃສ່ວັນທີ) ____ ____ ____ (M M D D Y Y Y Y)

☐ ຂ້ອຍອາໄສຢູ່ໃນສະຖານພະຍາບານໄລຍະຍາວ ເຊັ່ນ: ເຮືອນພະຍາບານ ຫຼື ໂຮງໝໍຟື້ນຟູ.
*ໝາຍເຫດ: ຂໍ້ມູນສະຖານທີ່ດູແລໄລຍະຍາວຕ້ອງຖືກຕື່ມໃສ່ໃນແບບຟອມ.

©Wellcare 2025

- ☐ ເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ຂ້ອຍໄດ້ຍ້າຍອອກຈາກສະຖານທີ່ເບິ່ງແຍງໄລຍະຍາວ ເຊັ່ນ: ເຮືອນພະຍາບານ ຫຼື ໂຮງໝໍຟື້ນຟູ. *ໝາຍເຫດ: ຂໍ້ມູນສະຖານທີ່ດູແລໄລຍະຍາວຕ້ອງຖືກຕື່ມໃສ່ໃນແບບຟອມ.
  ຂ້ອຍຍ້າຍອອກຈາກສະຖານທີ່ໃນ (ໃສ່ວັນທີ) M M D D Y Y Y Y
- ☐ ຂ້ອຍໄດ້ອອກຈາກການຄຸ້ມຄອງຈາກນາຍຈ້າງ ຫຼື ສະຫະພັນ (ລວມທັງການຄຸ້ມຄອງ COBRA) ເມື່ອ (ໃສ່ວັນທີ) M M D D Y Y Y Y
- ☐ ຂ້ອຍສູນເສຍການຄຸ້ມກັນດ້ານຢາທີ່ບໍ່ແມ່ນ Medicare ອື່ນທີ່ດີເທົ່າກັບການຄຸ້ມກັນຢາ Medicare (ຄວາມຄຸ້ມຄອງທີ່ໜ້າເຊື່ອຖື), ຫຼື ອີກອັນໜຶ່ງຂອງຂ້ອຍ, ການຄຸ້ມຄອງທີ່ບໍ່ແມ່ນ Medicare ໄດ້ປ່ຽນແປງ ແລະ ບໍ່ຖືວ່າເປັນສິນເຊື່ອອີກຕໍ່ໄປ. ຂ້ອຍສູນເສຍການຄຸ້ມຄອງຂອງຂ້ອຍໃນ (ໃສ່ວັນທີ) M M D D Y Y Y Y
- ☐ **ແຜນການທີ່ມີຢູ່ຂອງຂ້ອຍແມ່ນບໍ່ຕ່ອາຍຸສຳລັບປີສັນຍາທີ່ຈະມາເຖິງ**
  ***ໝາຍເຫດ: SEP ນີ້ໃຊ້ໄດ້ແຕ່ວັນທີ 12/8- ມື້ສຸດທ້າຍຂອງເດືອນກຸມພາເທົ່ານັ້ນ.**
- ☐ ຂ້ອຍສູນເສຍການຄຸ້ມກັນເພາະ Medicare ສິ້ນສຸດສັນຍາກັບແຜນການຂອງຂ້ອຍ. ຂ້ອຍໄດ້ຮັບຈົດໝາຍຈາກ Medicare ທີ່ບອກວ່າຂ້ອຍສາມາດເຂົ້າຮ່ວມແຜນການອື່ນໄດ້. ການຄຸ້ມຄອງຂອງຂ້ອຍສິ້ນສຸດລົງໃນວັນທີ (ໃສ່ວັນທີ) M M D D Y Y Y Y
- ☐ ຂ້ອຍໄດ້ຫຼຸດການຄຸ້ມຄອງຂອງຂ້ອຍໃນແຜນ PACE (ໂຄງການການດູແລຜູ້ສູງອາຍຸແບບລວມທັງໝົດ). ຂ້ອຍອອກຈາກໂຄງການ (ໃສ່ວັນທີ) M M D D Y Y Y Y
- ☐ ຂ້ອຍສູນເສຍແຜນການຄວາມຕ້ອງການພິເສດ ຂອງຂ້ອຍ ເພາະວ່າ ຂ້ອຍບໍ່ມີສະຖານະຄວາມຕ້ອງການພິເສດຂອງຂ້ອຍສຳລັບແຜນການນັ້ນ. ຂ້ອຍຈະເປັນ ຫຼື ຖືກຍົກເລີກການລົງທະບຽນຈາກ SNP ໃນວັນທີ (ໃສ່ວັນທີ) M M D D Y Y Y Y
- ☐ ຂ້ອຍຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມແຜນການຄວາມຕ້ອງການພິເສດທີ່ປັບແຕ່ງຜົນປະໂຫຍດຂອງມັນໃຫ້ກັບສະພາບຊໍາເຮື້ອຂອງຂ້ອຍ.
- ☐ ພົບວ່າຂ້ອຍບໍ່ມີສິດໄດ້ຮັບໃຊ້ແຜນການ CSNP ຂອງຂ້ອຍ ແລະ ຕ້ອງການລົງທະບຽນເຂົ້າຮ່ວມແຜນການອື່ນ. ຂ້ອຍໄດ້ຮັບການແຈ້ງເຕືອນເມື່ອ (ໃສ່ວັນທີ) M M D D Y Y Y Y
- ☐ ເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ຂ້ອຍມີການປ່ຽນແປງໃນ Medicaid ຂອງຂ້ອຍ (ໄດ້ຮັບ Medicaid ໃໝ່, ມີການປ່ຽນແປງລະດັບ Medicaid ຂອງຂ້ອຍ ຫຼື ສູນເສຍ Medicaid) ເມື່ອ (ໃສ່ວັນທີ) M M D D Y Y Y Y
- ☐ ເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ຂ້ອຍມີການປ່ຽນແປງໃນການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດຂອງຂ້ອຍໃນການຈ່າຍຄ່າຢາຂອງຂ້ອຍ (ໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດໃໝ່, ມີການປ່ຽນແປງລະດັບການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດຂອງຂ້ອຍ ຫຼື ສູນເສຍການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດ) ເມື່ອ (ໃສ່ວັນທີ) M M D D Y Y Y Y
- ☐ ຂ້ອຍໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນການໂດຍ Medicare (ຫຼື ລັດຂອງຂ້ອຍ) ແລະ ຂ້ອຍຕ້ອງການເລືອກແຜນການອື່ນ. ການລົງທະບຽນຂອງຂ້ອຍໃນແຜນການນັ້ນເລີ່ມຕົ້ນໃນ (ໃສ່ວັນທີ) M M D D Y Y Y Y
- ☐ ຂ້ອຍຢູ່ໃນໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການຢາຂອງລັດ (State Pharmaceutical Assistance Program). ລັດຕໍ່ໄປນີ້ມີ SPAP ທີ່ມີຄຸນວຸດທິ: Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin.
- ☐ ຂ້ອຍກຳລັງສູນເສຍການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານຢາຂອງລັດ. ຂ້ອຍສູນເສຍການຊ່ວຍເຫຼືອເມື່ອ (ໃສ່ວັນທີ) M M D D Y Y Y Y

©Wellcare 2025

☐ ຂ້ອຍ ຫຼື ບຸກຄົນທີ່ຂ້ອຍອາໄສເພື່ອຊ່ວຍໃນການຕັດສິນໃຈດ້ານການດູແລສຸຂະພາບ, ໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຈາກເຫດສຸກເສີນ ຫຼື ໄພພິບັດໃຫຍ່ (ຕາມການປະກາດໂດຍອົງການຄຸ້ມຄອງສຸກເສີນຂອງລັດຖະບານກາງ (Federal Emergency Management Agency) ຫຼື ໂດຍລັດຖະບານກາງ, ລັດຂອງຂ້ອຍ ຫຼື ລັດຖະບານທ້ອງຖິ່ນຂອງຂ້ອຍ). ໜຶ່ງໃນຄ່າຖະແຫຼງອື່ນໆໃນໜ້ານີ້ໃຊ້ກັບຂ້ອຍ, ແຕ່ຂ້ອຍບໍ່ສາມາດເຮັດຄຳຮ້ອງຂໍຂອງຂ້ອຍໄດ້ເນື່ອງຈາກໄພພິບັດ.
ຂ້ອຍພາດໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນສຳລັບ:

☐ ຂ້ອຍກຳລັງລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນ Medicare 5 ດາວ (5-star Medicare).

☐ **ຂ້ອຍຢູ່ໃນແຜນການທີ່ມີຄະແນນດາວໜ້ອຍກວ່າ 3 ດາວໃນ 3 ປີຜ່ານມາ. ຂ້ອຍຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມແຜນການທີ່ມີລະດັບດາວ 3 ດາວ ຫຼື ສູງກວ່າ.**

☐ ຂ້ອຍຢູ່ໃນແຜນການທີ່ລັດຖືກຍຶດຄອງເມື່ອບໍ່ດົນມານີ້ ເນື່ອງຈາກບັນຫາທາງດ້ານການເງິນ (ການຮັບເງິນ). ຂ້ອຍຕ້ອງການປ່ຽນໄປໃຊ້ແຜນການອື່ນ.

☐ ຂ້ອຍຮ້ອງຂໍເອກະສານໃນຮູບແບບທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້ ແລະ ບໍ່ໄດ້ຮັບມັນທັນເວລາ. ຂ້ອຍຕ້ອງການ ລົງທະບຽນ ຕອນນີ້ທີ່ຂ້ອຍມີເວລາໃນການຕັດສິນໃຈການລົງທະບຽນ. ຮູບແບບທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້ທີ່ຂ້ອຍຮ້ອງຂໍຜ່ານມາ ແມ່ນ:
*ໝາຍເຫດ: ຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງປະກອບມີ ແຕ່ບໍ່ຈຳກັດກັບ ຕົວໜັງສືນູນ, ຊີດີຂໍ້ມູນ, ການພິມໃຫຍ່

☐ ຂ້ອຍຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພສຳລັບ ພາກ A ແລະ ຂ້ອຍໄດ້ລົງທະບຽນສຳລັບ ພາກ B ໃນລະຫວ່າງໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນທົ່ວໄປ (1 ມັງກອນ-31 ມີນາ ທຸກໆປີ). ຂ້ອຍຕ້ອງການເຂົ້າຮ່ວມແຜນການຢາ Medicare (ພາກ D) ຫຼື ແຜນ Medicare Advantage ທີ່ມີການຄຸ້ມຄອງຢາ.

☐ ຂ້ອຍໄດ້ລົງທະບຽນສຳລັບ ພາກ A (ປະກັນໄພໂຮງໝໍ) ຫຼື ສ່ວນ B (ການປະກັນໄພທາງການແພດ) ໃນ ລະຫວ່າງໄລຍະເວລາການລົງທະບຽນພິເສດທີ່ຂ້ອຍມີຄຸນສົມບັດ ເນື່ອງຈາກສະຖານະການພິເສດ.

☐ ຂ້ອຍລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນ WellCare/Centene Medicaid ແລະ ຕ້ອງການລົງທະບຽນເຂົ້າຮ່ວມ WellCare/Centene ແບບປະສົມປະສານ D-SNP (FIDE SNP), ປະສົມປະສານສູງ D-SNP (HIDE D-SNP) ຫຼື ແຜນການປະສົມປະສານທີ່ໃຊ້ໄດ້ (AIP).

☐ ຂ້ອຍມີການຄຸ້ມຄອງຢາຂອງ Medicare (ພາກ D) ຜ່ານແຜນການ Medicare Advantage. ຂ້ອຍຕ້ອງການ ເຂົ້າຮ່ວມແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງ Medicare ທີ່ແຕກຕ່າງກັນທີ່ບໍ່ໃຫ້ການຄຸ້ມຄອງຢາ, ດັ່ງນັ້ນ ຂ້ອຍຈຶ່ງ ສາມາດປ່ຽນໄປໃຊ້ການຄຸ້ມຄອງຢາທີ່ບໍ່ແມ່ນ Medicare. *ໝາຍເຫດ: MA ເທົ່ານັ້ນ

©Wellcare 2025

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

ອີງຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຫຼຸດຜ່ອນເອກະສານຂອງປີ 1995, ບໍ່ມີບຸກຄົນທີ່ຈຳເປັນຕ້ອງຕອບສະໜອງການລວບລວມຂໍ້ມູນ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າມັນສະແດງເລກຄວບຄຸມ OMB ທີ່ຖືກຕ້ອງ. ໝາຍເລກຄວບຄຸມ OMB ທີ່ຖືກຕ້ອງສຳລັບການເກັບກຳຂໍ້ມູນນີ້ແມ່ນ 0938-1378. ເວລາທີ່ຕ້ອງການເພື່ອເຮັດສຳເລັດຂໍ້ມູນນີ້ແມ່ນຄາດຄະເນໂດຍສະເລ່ຍ 20 ນາທີຕໍ່ການຕອບສະໜອງ, ລວມທັງ ເວລາທີ່ຈະທົບທວນຄຳແນະນຳ, ຄົ້ນຫາຊັບພະຍາກອນຂໍ້ມູນທີ່ມີຢູ່, ລວບລວມຂໍ້ມູນທີ່ຈຳເປັນ ແລະ ເຮັດສຳເລັດ ແລະ ທົບທວນການລວບລວມຂໍ້ມູນ. ຖ້າຫາກທ່ານມີຄຳຄິດເຫັນໃດໆກ່ຽວກັບຄວາມຖືກຕ້ອງຂອງການຄາດຄະເນທີ່ໃຊ້ເວລາ ຫຼື ຄຳແນະນຳສຳລັບການປັບປຸງຮູບແບບນີ້, ກະລຸນາຂຽນໄປທີ່: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

ທ່ານຕ້ອງສືບຕໍ່ຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພ Medicare Part B ຂອງທ່ານ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ສຳລັບຜູ້ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດສອງຢ່າງເຕັມຮູບແບບ, ລັດຈະກວມເອົາຄ່າປະກັນໄພພາກ B ຂອງທ່ານຕາບໃດທີ່ທ່ານຍັງຄົງມີສິດໄດ້ຮັບ Medicaid ຂອງທ່ານ.

©Wellcare 2025