2027年度投保Medicare Advantage計畫(C部分)的個人投保申請表

OMB No. 0938-1378
Expires: 02/28/202

With mhs health wisconsin

✓ 請在此處確認您的申請狀態：
wellcare.com/applicationtracker

誰可以使用此表單？
想要加入Medicare AdAdvantage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10月15日至12月7日(適用於1月1日開始生效的保險)
• 首次獲得Medicare後3個月內
• 在某些您獲准加入或轉換計畫的情況下
如需瞭解您何時可以註冊加入計畫的更多資訊，請瀏覽**Medicare.gov**。

需要包含哪些內容以完成此表單？

• 您的Medicare號碼(在您的紅白藍Medicare卡上的號碼)
• 您的永久地址和電話號碼
備註：您必須完成第1部分的所有項目。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、收容所或診所的地址或您接收郵件(例如社會安全支票)的地址均可被視為您的永久居住地址。

您是否曾經考慮改為在**go.wellcare.com/WI**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(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格。
• 您的計畫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(或鐵路退休委員會)福利中扣除您的保費付款。

接下來的流程是什麼？
將填妥並簽名的表單寄送至：

Wellcare With MHS Health Wisconsin
PO Box 10420
Van Nuys, CA
91410-0420

他們處理完您的加入申請後，即會與您聯絡。

如何取得填寫此表單的協助？
請致電1-844-480-0680與Wellcare With MHS Health Wisconsin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。

©Wellcare 2026

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）的資料發送給 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 將填妥的表格寄送給本計畫。

根據1995年的《紙本作業減量法案》，除非顯示有效的行政管理預算局 (OMB) 控管編號，否則任何人均無需對該資訊蒐集作出回應。本資訊蒐集的有效OMB控管編號是0938-1378。填寫本資訊所需的時間預估為每次回應平均20分鐘，其中包括檢閱說明、搜尋現有資料資源、蒐集所需資料以及填寫和檢查資訊蒐集表所需的時間。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狀況、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可以按照記錄系統通知 (SORN) 的「Medicare Advantage處方藥 (MARx)」，系統編號09-70-0588中的規定使用、揭露和交換Medicare受益人的投保資料。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。

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 MHS Health Wisconsin Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP)[1] – 包括處方藥承保
☐ **H8189-001-000** 每月$0

Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP)[1] –包括處方藥承保
☐ **H8189-007-000** 每月$0

[1]您必須符合特定投保條件才能投保此計畫。

©Wellcare 2026

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

姓氏

選填：
中間名縮寫

出生日期：
____ / ____ / _____
MM/DD/YYYY

生理性別
☐ 男性 ☐ 女性

電話號碼
(__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

電話類型
☐ 住家 ☐ 手機

選填：次要電話號碼
(__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

電話類型
☐ 住家 ☐ 手機

選填：電子郵件地址：

選填：您是否能獨立自如地使用網際網路、電子郵件或簡訊？
☐ 是 ☐ 否

選填：首選聯絡方式：☐ 電話 ☐ 簡訊 ☐ 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。

（請勿填寫郵政信箱。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。）☐ 遭遇無家可歸

永久居住街道地址

城市

選填：縣

州

郵遞區號

郵寄地址，若您希望將郵件寄送至其他地址或授權代表人員處，請在此提供相關資訊。（允許使用郵政信箱）

街道地址

城市

州

郵遞 區號

©Wellcare 2026

您的Medicare資訊：

Medicare號碼：

___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

有權獲得： 生效日期 (MM/DD/YYYY)：

醫院（A部分） ____ / ____ / _____

醫療（B部分） ____ / ____ / _____

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：
州Medicaid計畫號碼：___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

請附上D-SNP計畫的Medicaid號碼。遺漏Medicaid號碼可能會導致申請處理受到延遲且申請可能遭到拒絕。

重要事項：請閱讀並在下方簽名：

- 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，則可能會影響投保該計畫。
- 我瞭解，只能在同一時間投保一項MA或D部分計畫，並且投保本計畫便會自動終止我在其他MA或D部分計畫的投保（MA PFFS、MA MSA計畫除外）。
- 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。

©Wellcare 2026

- 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。如果是由授權代表人員（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。

簽署本文件即代表本人證明，據本人所知所信，本人所提供的資訊均屬實、完整且正確。本人瞭解如果這些資訊被判定有誤，本人可能會遭到退保。

今天的日期：

_____ ____ / ____ / _____
簽名 MM / DD / YYYY

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。
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。

☐ 西班牙文 ☐ 阿拉伯文 ☐ 緬甸語 ☐ 中文 ☐ 苗語 ☐ 寮語 ☐ 俄文 ☐ 索馬利語
☐ 烏克蘭文 ☐ 越南文

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 ☐ 語音CD ☐ 資料CD

如果您需要以上述所列格式以外的其他無障礙格式接收資訊，請聯絡Wellcare，電話1-844-480-0680（TTY使用者請致電711）。我們的辦公時間為週日至週六上午 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

3. 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

(__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

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wellcarefindaprovider.com尋找醫療服務提供者

HMO計畫的醫療服務提供者資訊：

PCP全國醫療服務提供者識別號碼 (NPI)： PPG ID：
您目前是病患？ ☐ 是 ☐ 否

☐ 我不想選擇 PCP，我想要 Wellcare 幫我選擇 PCP。我瞭解我可以隨時撥打Wellcare保戶ID卡上的保戶服務號碼，來變更我的PCP。

若未選擇有效的網絡內 PCP，或未勾選自動指定 PCP 的勾選方塊，則會將網絡內 PCP 指定給受益人。可以隨時撥打保戶ID卡上的保戶服務號碼，來變更指定的PCP。

©Wellcare 2026

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。

收入有限的人士可能有資格獲得額外幫助 (Extra Help)，以支付他們的處方藥物費用。即使您現在有額外幫助，也可能需要重新申請重新認證。許多有資格申請這些補助的人並不知道自己符合申請資格。如欲瞭解更多與此項額外幫助有關的資訊，請聯絡您當地的社會安全辦公室，或致電1-800-772-1213與社會安全局聯絡。TTY 使用者請撥打 1-800-325-0778。您也可瀏覽
https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help 在線上申請額外幫助。

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：

☐ 收到帳單
☐ 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此表格的人士

如果您是協助投保人填寫此表格的人士（即代理、州政府健康保險協助計畫 (SHIP) 諮詢人員、家人或其他第三方），請填寫本部分。

姓名：_____ 與投保人的關係：_____

簽名：_____全國保險代理人編號（僅限代理／經紀人）：_____

©Wellcare 2026

僅供辦公室使用：

簽署並提交本文件即代表本人證明，據本人所知所信，文件中所提供的資訊均屬實、完整且正確。本人瞭解，任何不實陳述或資訊遺漏皆可能構成紀律處分的理由，最嚴重者可導致本人的委任及保險代理人協議遭到終止。

工作人員/代理/經紀人姓名（如有協助投保）：

計畫ID號碼：　　**保險生效日期：** ____ /____ /_____ (MM/DD/YYYY)

Wellcare銷售代表/授權代理
（完成申請的個別銷售代表/代理）

代理類型（請選擇一項）：☐ 授權代理　☐ Wellcare員工

請填妥以下部分：

銷售代表/代理姓名：

銷售代表/代理NPN號碼：

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。
代理電話號碼：(__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

電子郵件：

機構／FMO電話號碼（如適用）：(__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

銷售代表／授權代理申請表收件日期： ____ /____ /_____
（MM/DD/YYYY）
（申請表必須在1個日曆日內送達Wellcare。）

申請表收件地點： ☐ 會談　☐ 銷售活動　☐ 直接到訪

☐ 其他 (請註明)：

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。

©Wellcare 2026

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。如果這是您首次利用Medicare福利，且您年滿65歲已超過90天，則「我是Medicare的新保戶」特殊選擇期 (SEP) 不適用，因此請選擇下方適當的SEP。

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。

請閱讀以下所有聲明再進行選擇。請將日期列為MM/DD/YYYY。

☐ 我是Medicare的新保戶。
*請僅在以下情況勾選：1. 我剛獲得投保權；2. 您將在90天內年滿65歲，或者您在過去90天內剛年滿65歲；3. 福利的新受益人；或 4. 新符合資格，但之前剛因殘障獲得Medicare。
*如果您的雇主承保最近終止，並且這是您首次使用 Medicare，請選擇下面的「我離開了雇主或工會的承保」SEP。

☐ 年度投保期 (AEP) 為每年的10月15日至12月7日。

☐ 我已經有了A部分 (住院保險)，而且最近首次投保了B部分 (醫療保險)。本人想要加入Medicare Advantage計畫。

☐ 我在我的A部分和/或B部分保險開始生效後被通知獲得Medicare。
我接獲通知的日期是（填入日期）。 ____ /____ /_____

☐ 我之前就有Medicare，但我現在即將年滿65歲

☐ 我已投保Medicare Advantage計畫，並希望在Medicare Advantage開放投保期 (MA OEP) 內進行變更。

☐ 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）。 ____ /____ /_____

☐ 我在國外生活後搬回美國。我的返回日期是（填入日期）。 ____ /____ /_____

☐ 我剛出獄。我的獲釋日期是（填入日期）。 ____ /____ /_____

☐ 我最近取得了美國合法居留身分，我取得改身分的日期是（填入日期）。 ____ /____ /_____

☐ 我住在長期照護機構，例如護理院或復健醫院。*注意：必須在表單上填寫長期照護設施資訊。

☐ 我最近搬出了長期照護設施，例如護理院或復健醫院。*注意：必須在表單上填寫長期照護設施資訊。我搬出該機構的日期是（填入日期）。 ____ /____ /_____

©Wellcare 2026

☐ 我離開雇主或工會提供的保險（包括COBRA保險），離開的日期是（填入日期）。 ____/____/_____

☐ 我失去了其他與Medicare藥物承保相當的非Medicare藥物承保（可信承保），或我的其他非Medicare承保已變更，不再屬於可信承承保。我失去藥物承保的日期是（填入日期）。 ____/____/_____

☐ 我目前的計畫在下一個合約年度無法續保*注意：此SEP僅在12月8日至二月的最後一天有效。

☐ 本人喪失了承保，因為Medicare終止了其與本人計畫的合約。我收到Medicare的信函，表示我可以參加其他計畫。我的承保終止日期是（填入日期）。 ____/____/_____

☐ 我退出了PACE (老人全方位照護) 計畫。我離開該計畫的日期是（填入日期）。 ____/____/_____

☐ 我失去了特殊需求計畫，因為我不再擁有該計畫所規定的特殊需求狀態。我將或已被SNP退保的日期是（填入日期）。 ____/____/_____

☐ 我想要加入針對我的慢性病自訂福利的特殊需求計畫。

☐ 我被判定不符合慢性病特殊需求計劃 (CSNP) 的資格，並想投保其他計畫。我接獲通知的日期是（填入日期）。 ____/____/_____

☐ 我的Medicaid最近發生變更（剛獲得Medicaid、Medicaid 等級發生變更，或失去Medicaid），日期是（填入日期）。 ____/____/_____

☐ 為我支付藥物費用的額外幫助最近發生變更（剛獲得額外幫助、額外幫助等級發生變更，或失去額外幫助），日期是（填入日期）。 ____/____/_____

☐ 我已投保由Medicare（或我的所在州）提供的計畫，而我希望選擇另一項計畫。我的計畫投保開始於（填入日期）。 ____/____/_____

☐ 我加入了州藥物協助計畫。下列各州皆有合格的SPAP：
Delaware、Indiana、Maine、Maryland、Massachusetts、Missouri、New Jersey、New Mexico、New York、Pennsylvania、Rhode Island、Texas、Vermont、Wisconsin。

☐ 我將失去州藥物協助計畫的補助。我失去補助的日期是（填入日期）。 ____/____/_____

☐ 我或我依賴協助替我作健康照護決定的人受到緊急情況或重大災難的影響 (如聯邦緊急管理機構或是聯邦政府、州政府或地方政府所宣布)。本頁的其中一項聲明適用於我，但我因災難事件而無法提出申請。
我錯過投保期的原因是：_____

©Wellcare 2026

☐ 本人將投保一項5星級Medicare計畫。

☐ 我參加的計畫在過去3年的星級評級都低於3星。我想加入星級評級為3星或更高的計畫。

☐ 我參加的計畫最近因為財務問題而被州政府接管（進入接管程序）。我想轉換到另一個計畫。

☐ 我要求提供無障礙格式的資料，但沒有及時收到。我想投保，因為我有時間作出投保決定。
我先前要求的無障礙格式為：_____
*注意：無障礙格式包括但不限於盲文版、資料CD、大字版

☐ 我有支付A部分的保費，並在一般投保期（每年1月1 日至3月31日）投保B部分。本人想加入Medicare藥物計畫（D部分）或包含藥物承保的Medicare Advantage計畫。
* 如果您支付A部分的保費，並在一般投保期間內投保B部分，您將在投保B部分後有2個月的時間加入計畫。我投保的日期是（填入日期）。 ____ /____ /_____

☐ 我在因特殊情況而符合資格的特殊投保期內投保A部分（住院保險）或B部分（醫療保險）。我投保的日期是（填入日期）。 ___ /____ /_____

☐ 我擁有Medicare並獲得完整的Medicaid福利。我希望投保全面整合雙重資格特殊需求計畫 (FIDE SNP)、高度整合雙重資格特殊需求計畫 (HIDE SNP) 或適用整合計畫 (AIP)。

☐ 我透過Medicare Advantage計畫擁有Medicare藥物承保（D部分）。我想加入其他沒有提供藥物承保的Medicare保健計畫，以便我可以轉換至非Medicare可信藥物承保。*注意：僅限MA

如果上述聲明皆不適用於您或者您不確定，請致電1-844-480-0680與Wellcare聯絡（TTY使用者請致電711），以瞭解您是否符合投保資格。我們的服務時間為上午 8 點至晚上 8 點（所有時區）。

您必須繼續支付 Medicare Part B 保費。然而，就符合完整雙重資格的受益人而言，只要您保有您的Medicaid資格，州政府便會為您承保B部分的保費。

©Wellcare 2026