Đơn Yêu Cầu Ghi Danh vào Chương Trình Medicare Advantage (Phần C) dành cho Cá Nhân Năm 2027

OMB No. 0938-1378
Expires: 02/28/2029

With mhs health wisconsin

✓ Xem trạng thái đơn của quý vị tại đây:
wellcare.com/applicationtracker

Ai có thể sử dụng mẫu đơn này?
Những người có Medicare muốn tham gia Chương Trình Medicare Advantage

Để tham gia chương trình, quý vị phải:
• Là công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ
• Sống trong khu vực dịch vụ của chương trình
Thông tin quan trọng: Để tham gia Chương Trình Medicare Advantage, quý vị cũng phải có cả:
• Medicare Part A (Bảo Hiểm Bệnh Viện)
• Medicare Part B (Bảo Hiểm Y Tế)

Tôi sử dụng mẫu đơn này khi nào?
Quý vị có thể tham gia một chương trình:
• Trong khoảng thời gian từ ngày 15 tháng 10 – ngày 7 tháng 12 hàng năm (để hưởng bảo hiểm bắt đầu từ ngày 01 tháng 01)
• Trong vòng 3 tháng kể từ khi bắt đầu nhận Medicare
• Trong một số trường hợp nhất định cho phép quý vị tham gia hoặc chuyển đổi chương trình
Truy cập **Medicare.gov** để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể đăng ký tham gia vào một chương trình.

Tôi cần những gì để hoàn thành mẫu đơn này?

• Số Medicare của quý vị (số trên thẻ Medicare màu đỏ, trắng và xanh của quý vị)
• Địa chỉ thường trú và số điện thoại của quý vị
Lưu ý: Quý vị phải hoàn thành tất cả các mục trong Phần 1. Các mục trong Phần 2 là không bắt buộc - quý vị sẽ không bị từ chối bảo hiểm vì quý vị không điền phần này.

Người vô gia cư
• Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình nhưng không có địa chỉ thường trú thì Hộp Thư Bưu Điện, địa chỉ nơi trú ẩn hoặc phòng khám hoặc địa chỉ nhận thư (ví dụ: séc an sinh xã hội) có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.

Thay vào đó, quý vị đã nghĩ đến việc ghi danh tại **go.wellcare.com/WI** chưa? Đây là cách đăng ký nhanh chóng, an toàn và dễ dàng

Nhắc nhở:
• Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình trong giai đoạn ghi danh mở mùa thu (ngày 15 tháng 10 - ngày 7 tháng 12), quý vị phải hoàn tất mẫu đơn của chương trình chậm nhất vào ngày 7 tháng 12.
• Chương trình của quý vị sẽ gửi một hóa đơn lệ phí bảo hiểm của chương trình đó cho quý vị. Quý vị có thể chọn đăng kýr thanh toán lệ phí bảohiểm bằng cách trừ vào tài khoản ngân hàng hoặc trợ cấp An Sinh Xã Hội (hoặc Ủy Ban Hưu Trí Ngành Hỏa Xa) hàng tháng của quý vị.

Các bước tiếp theo là gì?
Gửi mẫu đơn đã điền đầy đủ thông tin và có chữ ký của quý vị đến:

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

Sau khi xử lý yêu cầu tham gia của quý vị, họ sẽ liên hệ với quý vị.

Tôi có thể nhận trợ giúp về mẫu đơn này bằng cách nào?
Hãy gọi cho Wellcare with MHS Health Wisconsin theo số 1-844-480-0680. Người dùng TTY có thể gọi số 711. Hoặc gọi đến Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

©Wellcare 2026

THÔNG TIN QUAN TRỌNG

Không gửi mẫu đơn này hoặc bất kỳ tài liệu nào có chứa thông tin cá nhân của quý vị (chẳng hạn như yêu cầu bảo hiểm, chứng từ thanh toán, hồ sơ bệnh án, v.v.) đến Văn Phòng Thu Thập Báo Cáo Theo PRA. Chúng tôi sẽ tiêu hủy bất kỳ tài liệu nào mà chúng tôi nhận được nếu không có nội dung về cách cải thiện mẫu đơn này hoặc trách nhiệm thu thập mẫu đơn (được nêu trong OMB 0938-1378). Chúng tôi sẽ không giữ lại, xem xét hoặc chuyển tiếp tài liệu đó đến chương trình. Xem phần "Các bước tiếp theo là gì?" ở mặt trước của trang này để gửi mẫu đơn đã điền đầy đủ thông tin của quý vị cho chương trình.

Theo Đạo Luật Cắt Giảm Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995, không người nào bắt buộc phải trả lời mẫu thu thập thông tin trừ khi mẫu này có số kiểm soát hợp lệ của Văn Phòng Quản Lý và Ngân Sách (OMB). Số kiểm soát OMB hợp lệ cho mẫu thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian cần thiết để hoàn thành thông tin này ước tính trung bình 20 phút trên mỗi phần trả lời, bao gồm thời gian xem hướng dẫn, tìm kiếm nguồn dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, điền thông tin và xem lại mẫu thu thập thông tin. Nếu quý vị có bất kỳ ý kiến nào liên quan đến tính chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc có đề xuất cải thiện biểu mẫu này, vui lòng viết thư gửi tới CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

CAM KẾT VỀ ĐẠO LUẬT BẢO MẬT

Các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc ghi danh của người thụ hưởng trong Chương Trình Medicare Advantage (MA), để cải thiện dịch vụ chăm sóc và để chi trả cho các phúc lợi Medicare. Các mục 1851 và 1860D-1 của Đạo Luật An Sinh Xã Hội và 42 CFR §§ 422.50 và 422.60 cho phép thu thập thông tin này. CMS có thể sử dụng, tiết lộ và trao đổi dữ liệu ghi danh của người thụ hưởng Medicare như được nêu trong Thông Báo Hệ Thống Hồ Sơ (SORN) “Thuốc Theo Toa Medicare Advantage (MARx)”, Hệ Thống Số 09-70-0588. Quý vị không bắt buộc phải trả lời các câu hỏi trong mẫu đơn này. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.

Phần 1 – Tất cả các trường trên trang này là trường bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là không bắt buộc)

Chọn chương trình mà quý vị muốn tham gia:

Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP)[1] –bao gồm bảo hiểm thuốc theo toa

☐ **H8189-001-000** $0 mỗi tháng

Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Select (HMO-POS D-SNP)[1] –bao gồm bảo hiểm thuốc theo toa

☐ **H8189-007-000** $0 mỗi tháng

[1]Quý vị phải đáp ứng các tiêu chí ghi danh cụ thể khi ghi danh vào chương trình này.

©Wellcare 2026

Phần 1 – Tất cả các trường trong phần này là trường bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là không bắt buộc)

Tên | Họ | Không bắt buộc: Chữ cái đầu của tên đệm

Ngày sinh: ____ / ____ / _____ (Tháng / Ngày / Năm)

Giới tính ☐ Nam ☐ Nữ

Số điện thoại (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

Loại số điện thoại ☐ Nhà riêng ☐ Di động

Không bắt buộc: Số điện thoại phụ (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

Loại số điện thoại ☐ Nhà riêng ☐ Di động

Không bắt buộc: Địa chỉ E-mail:

Không bắt buộc: Quý vị có cảm thấy thoải mái khi tự mình sử dụng Internet, email hoặc nhắn tin không? ☐ Có ☐ Không

Không bắt buộc: Phương thức liên hệ mong muốn: ☐ Gọi điện thoại ☐ Nhắn tin ☐ Email

**Xin lưu ý rằng thông tin liên lạc có thể được gửi bên ngoài "Phương thức liên hệ mong muốn" đã chọn.*

Chúng tôi muốn quý vị cảm thấy hài lòng khi trở thành hội viên và hiểu rõ chương trình của mình. Vui lòng cung cấp số điện thoại và email để chúng tôi có thể cho quý vị biết về trạng thái đơn đăng ký của quý vị. Với tư cách là hội viên, quý vị sẽ nhận được những thông tin hữu ích từ chúng tôi như những điều cần lưu ý, cách giữ gìn sức khỏe, sử dụng các quyền lợi bổ sung, tìm bác sĩ, cổng thông tin hội viên và nhiều thông tin quan trọng khác. Nếu không muốn nhận, quý vị có thể chọn không nhận một số tin nhắn và email.

Chúng tôi muốn quý vị hài lòng với chương trình Wellcare của mình. Nếu chúng tôi có các chương trình khác có thể tốt hơn cho quý vị khi nhu cầu của quý vị thay đổi, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị. Chúng tôi sẽ chỉ trao đổi về các chương trình của chúng tôi.

(Không điền số Hộp Thư Bưu Điện (PO Box). Lưu ý: Đối với những cá nhân vô gia cư, Hộp Thư Bưu Điện có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị. ☐ Trong tình trạng vô gia cư

Địa chỉ thường trú

Thành phố | Không bắt buộc: Quận | Tiểu bang | Mã ZIP

Địa chỉ gửi thư, Nếu quý vị muốn gửi thư đến một địa chỉ khác hoặc cho người đại diện được ủy quyền, vui lòng cung cấp thông tin đó tại đây. (Cho phép dùng Hộp Thư Bưu Điện)

Địa chỉ đường phố

Thành Phố | Tiểu Bang | Mã ZIP

©Wellcare 2026

Thông tin Medicare của quý vị:

Số Medicare:

___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

Được hưởng: Ngày có hiệu lực (MM/DD/YYYY):

Bệnh viện (Phần A) ____ / ____ / _____

Y tế (Phần B) ____ / ____ / _____

Hãy trả lời những câu hỏi quan trọng sau:

1. Quý vị có bảo hiểm thuốc theo toa khác (như VA, TRICARE) ngoài Wellcare không?

☐ Có ☐ Không

Tên của bảo hiểm khác

Số hội viên của bảo hiểm này

Số nhóm của bảo hiểm này

2. Nếu ghi danh vào Chương Trình D-SNP, vui lòng cung cấp thông tin sau:
Số Chương Trình Medicaid của Tiểu Bang: ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

Vui lòng cung cấp số Medicaid cho các chương trình D-SNP. Việc thiếu số Medicaid có thể khiến quá trình xử lý đơn bị chậm trễ và có khả năng bị từ chối.

LƯU Ý QUAN TRỌNG: Vui lòng đọc và ký tên bên dưới:

- Tôi phải giữ cả Bảo Hiểm Bệnh Viện (Phần A) và Bảo Hiểm Y Tế (Phần B) để tiếp tục tham gia Wellcare.
- Khi tham gia Chương Trình Medicare Advantage này, tôi xác nhận rằng Wellcare sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare. Medicare có thể sử dụng thông tin này để theo dõi tình trạng ghi danh của tôi, thực hiện thanh toán và nhằm các mục đích khác được phép theo luật Liên Bang về việc cho phép thu thập thông tin này (xem Tuyên Bố Tuân Thủ Đạo Luật Quyền Riêng Tư dưới đây). Quý vị không bắt buộc phải trả lời các câu hỏi trong mẫu đơn này. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể ghi danh một chương trình MA hoặc chương trình Phần D tại một thời điểm – và việc ghi danh vào chương trình này sẽ tự động chấm dứt việc ghi danh vào chương trình MA hoặc chương trình Phần D khác (trừ các trường hợp ngoại lệ đối với chương trình MA PFFS, MA MSA).
- Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm Wellcare của tôi bắt đầu, tôi phải nhận được tất cả quyền lợi về thuốc theo toa và y tế từ Wellcare. Các quyền lợi và dịch vụ được cung cấp bởi Wellcare và có trong tài liệu "Chứng Từ Bảo Hiểm" Wellcare của tôi (còn được gọi là hợp đồng hội viên hoặc thỏa thuận của người đăng ký) sẽ được đài thọ. Cả Medicare và Wellcare đều sẽ không chi trả cho những quyền lợi hay dịch vụ không được đài thọ.

©Wellcare 2026

- Theo hiểu biết tốt nhất của tôi, thông tin trên mẫu đơn ghi danh này là chính xác. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố ý cung cấp thông tin sai trên mẫu đơn này, tôi sẽ bị hủy ghi danh khỏi chương trình.
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hay chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp hành động thay tôi) trên đơn đăng ký này đồng nghĩa với việc tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn đăng ký này. Nếu được ký bởi người đại diện được ủy quyền (như mô tả ở trên), chữ ký này chứng nhận rằng:

  1) Người này được ủy quyền theo luật Tiểu Bang để thực hiện việc ghi danh này và
  2) Giấy tờ về sự ủy quyền này sẽ được cung cấp theo yêu cầu của Medicare.

Bằng việc ký tài liệu này, tôi xác nhận rằng tất cả các thông tin tôi đã cung cấp là đúng sự thật, đầy đủ và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu xác định được thông tin này là không chính xác, tôi có thể sẽ bị rút tên khỏi chương trình.

Ngày hôm nay

_____ ____ / ____ / _____

Chữ ký Tháng / Ngày / Năm

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, hãy ký tên ở trên và điền vào những trường sau:

Tên

Địa chỉ

Điện Thoại

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

Mối quan hệ với người ghi danh

Phần 2 – Tất cả các trường trong phần này là không bắt buộc

Quý vị có thể lựa chọn trả lời hoặc không trả lời những câu hỏi này. Quý vị sẽ không bị từ chối bảo hiểm vì không trả lời.

Chọn một câu trả lời nếu quý vị muốn chúng tôi gửi cho quý vị thông tin bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh.

☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Ả Rập ☐ Tiếng Miến Điện ☐ Tiếng Trung ☐ Tiếng Hmong ☐ Tiếng Lào
☐ Tiếng Nga ☐ Tiếng Somali ☐ Tiếng Ukraina ☐ Tiếng Việt

Chọn một câu trả lời nếu quý vị muốn chúng tôi gửi cho quý vị thông tin ở định dạng có thể tiếp cận.

☐ Chữ nổi Braille ☐ Chữ in khổ lớn ☐ Đĩa CD âm thanh ☐ Đĩa CD dữ liệu

Vui lòng liên hệ với Wellcare theo số 1-844-480-0680 (người dùng TTY có thể gọi số 711) nếu quý vị cần thông tin ở một định dạng có thể tiếp cận khác với những định dạng được liệt kê ở trên. Giờ làm việc của văn phòng chúng tôi là Thứ 7-Chủ Nhật, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (mọi múi giờ).

---

1. Quý vị có hiện đang làm việc không? ☐ Có ☐ Không

2. Vợ/chồng của quý vị có làm việc không? ☐ Có ☐ Không

3. Quý vị có ở trong cơ sở chăm sóc dài hạn như viện dưỡng lão không? ☐ Có ☐ Không
   Nếu "có", vui lòng cung cấp các thông tin sau:

Tên cơ sở:

Địa Chỉ của Cơ Sở (số nhà và tên đường phố):

Thành phố | Tiểu bang | Mã ZIP | Số điện thoại

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

Liệt kê Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (PCP), phòng khám hoặc trung tâm y tế Trong Hệ Thống của quý vị:

Quý vị có thể tìm nhà cung cấp dịch vụ tại wellcarefindaprovider.com

Thông tin về nhà cung cấp dịch vụ cho các chương trình HMO:

PCP NPI: PPG ID:

Quý vị hiện đang là bệnh nhân của phòng khám? ☐ Có ☐ Không

☐ Tôi không muốn chọn PCP, tôi muốn Wellcare chọn PCP cho tôi. Tôi hiểu rằng tôi có thể thay đổi PCP vào bất kỳ lúc nào bằng cách gọi đến số điện thoại dịch vụ hội viên trên Thẻ ID Hội Viên Wellcare của tôi.

Nếu quý vị không chọn một PCP Trong Hệ Thống hợp lệ hoặc không đánh dấu vào hộp kiểm để chỉ định PCP tự động, một PCP Trong Hệ Thống sẽ được chỉ định cho người thụ hưởng. Quý vị có thể thay đổi PCP được chỉ định bất kỳ lúc nào bằng cách gọi đến số điện thoại dịch vụ hội viên trên Thẻ ID Hội Viên

©Wellcare 2026

Thanh toán lệ phí bảo hiểm chương trình của quý vị

Quý vị có thể thanh toán lệ phí bảo hiểm chương trình hàng tháng (bao gồm bất kỳ khoản tiền phạt do ghi danh muộn nào mà quý vị hiện đang có hoặc có thể còn nợ) qua đường bưu điện, phương thức Chuyển Tiền Điện Tử (EFT) hoặc thẻ tín dụng mỗi tháng. **Quý vị cũng có thể chọn thanh toán lệ phí bảo hiểm bằng cách tự động khấu trừ từ quyền lợi An Sinh Xã Hội hoặc Ủy Ban Hưu Trí Ngành Hỏa Xa (RRB) mỗi tháng.**

Nếu quý vị phải chi trả Khoản Tiền Điều Chỉnh Hàng Tháng Liên Quan Đến Thu Nhập Phần D (IRMAA Phần D), quý vị phải chi trả thêm khoản tiền này ngoài lệ phí bảo hiểm chương trình của mình. Số tiền thường được lấy từ quyền lợi An Sinh Xã Hội của quý vị, hoặc quý vị có thể nhận được hóa đơn từ Medicare (hoặc RRB). KHÔNG thanh toán Wellcare Phần D-IRMAA.

Những người có thu nhập hạn chế có thể đủ tiêu chuẩn nhận Trợ Giúp Bổ Túc (Extra Help) để thanh toán chi phí thuốc theo toa. Ngay cả nếu quý vị hiện đang có Trợ Giúp Bổ Túc, quý vị vẫn có thể cần phải nộp đơn đăng ký lại mới được chứng nhận lại. Nhiều người đủ điều kiện nhận những khoản tiết kiệm này mà họ không biết. Để biết thêm thông tin về Trợ Giúp Bổ Túc này, hãy liên hệ với văn phòng An Sinh Xã Hội tại địa phương của quý vị hoặc gọi đến cơ quan An Sinh Xã Hội theo số 1-800-772-1213. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-325-0778. Quý vị cũng có thể đăng ký nhận Trợ Giúp Bổ Túc trực tuyến tại https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help.

Nếu quý vị không chọn phương thức thanh toán, quý vị sẽ nhận được hóa đơn hàng tháng.

Vui lòng chọn một phương thức thanh toán lệ phí bảo hiểm:

☐ Nhận hóa đơn

☐ Tự động khấu trừ vào séc trợ cấp An Sinh Xã Hội hoặc séc trợ cấp của Ủy Ban Hưu Trí Ngành Hỏa Xa (RRB) hàng tháng. Tôi nhận trợ cấp hàng tháng từ: ☐ An Sinh Xã Hội ☐ RRB

(Việc khấu trừ từ An Sinh Xã Hội/RRB có thể cần hai tháng trở lên mới được áp dụng sau khi An Sinh Xã Hội hoặc RRB phê duyệt việc khấu trừ. Trong hầu hết trường hợp, nếu Sở An Sinh Xã Hội hoặc RRB chấp thuận yêu cầu khấu trừ tự động của quý vị, thì khoản khấu trừ đầu tiên từ séc trợ cấp An Sinh Xã Hội hoặc RRB của quý vị sẽ bao gồm tất cả các khoản lệ phí bảo hiểm đến hạn từ ngày ghi danh của quý vị có hiệu lực đến ngày bắt đầu khấu trừ. Nếu Sở An Sinh Xã Hội hoặc RRB không phê duyệt yêu cầu khấu trừ tự động của quý vị, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị hóa đơn giấy thông báo lệ phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị.)

Dành riêng cho cá nhân giúp người ghi danh hoàn thành mẫu đơn này

Hoàn thành phần này nếu quý vị là cá nhân (tức là đại lý bảo hiểm, người môi giới bảo hiểm, cố vấn SHIP, thành viên gia đình hoặc bên thứ ba khác) giúp người ghi danh điền vào mẫu đơn này.

Tên: _____ Mối quan hệ với người ghi danh: _____

Chữ ký: _____ Mã Số Nhà Sản Xuất Quốc Gia (chỉ dành riêng cho Đại lý/Người Môi Giới Bảo Hiểm): _____

©Wellcare 2026

DÀNH RIÊNG CHO VĂN PHÒNG:

Bằng việc ký và nộp tài liệu này, tôi xác nhận rằng các thông tin được cung cấp trong đây là đúng sự thật, đầy đủ và chính xác theo hiểu biết và niềm tin tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng bất kỳ hành vi khai man hoặc bỏ sót thông tin nào đều có thể là căn cứ để bị xử lý kỷ luật, bao gồm cả việc chấm dứt cuộc hẹn và hợp đồng bảo hiểm của tôi.

Tên của nhân viên/đại lý bảo hiểm/người môi giới (nếu được hỗ trợ ghi danh):

Số ID chương trình: **Ngày có hiệu lực của bảo hiểm:** ____ /____ /_____ (MM/DD/YYYY)

Đại diện bán hàng/đại lý bảo hiểm được ủy quyền của Wellcare
(đại diện bán hàng/đại lý bảo hiểm cá nhân đã điền mẫu đơn)

Loại đại lý bảo hiểm (chọn một): ☐ Đại lý bảo hiểm được ủy quyền ☐ Nhân viên Wellcare

Hoàn thành phần bên dưới:

Tên đại diện bán hàng/Đại lý: Số NPN của đại diện bán hàng/Đại lý:

Đại lý/FMO (nếu có):

Thông tin này phải khớp với hồ sơ cấp phép Wellcare đã được phê duyệt của quý vị.
Số điện thoại của đại lý: (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

Email:

Số điện thoại của Đại lý/FMO (nếu có): (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

Ngày đại diện bán hàng/đại lý được ủy quyền tiếp nhận hồ sơ đăng ký: ____ /____ /_____
(MM/DD/YYYY)

(Đơn đăng ký phải được gửi đến Wellcare trong vòng 1 ngày kể từ ngày này.)

Nơi tiếp nhận đơn đăng ký: ☐ Cuộc hẹn ☐ Sự kiện bán hàng ☐ Nhận tại nhà cung cấp

☐ Khác (nêu rõ):

Nộp Đơn Đăng Ký Môi Giới: Đại diện bán hàng/Đại lý bảo hiểm phải gửi fax Mẫu Đơn Ghi Danh và Phạm Vi Nội Dung Cuộc Hẹn đến số 1-844-222-3180.

©Wellcare 2026

Chứng Thực về Tư Cách Đủ Điều Kiện trong một Kỳ Ghi Danh

Thông thường, quý vị chỉ có thể ghi danh tham gia chương trình Medicare Advantage trong kỳ ghi danh thường niên từ ngày 15 tháng 10 đến hết ngày 7 tháng 12 mỗi năm. Trường hợp ngoại lệ có thể cho phép quý vị ghi danh vào chương trình Medicare Advantage ngoài giai đoạn này. Nếu đây là lần đầu tiên quý vị sử dụng quyền lợi Medicare và đã hơn 90 ngày kể từ khi quý vị tròn 65 tuổi, hãy chọn "Tôi mới tham gia Medicare". Kỳ Ghi Danh Đặc Biệt (SEP) KHÔNG áp dụng, vui lòng chọn SEP phù hợp bên dưới. Vui lòng đọc kỹ nội dung dưới đây và đánh dấu vào ô nếu nội dung tương ứng đúng với quý vị. Khi đánh dấu vào bất kỳ ô nào bên dưới, quý vị xác nhận rằng, theo hiểu biết tốt nhất của quý vị, quý vị hội đủ điều kiện tham gia Kỳ Ghi Danh. Nếu sau đó chúng tôi xác định được rằng thông tin này không chính xác, quý vị có thể bị rút tên khỏi chương trình.

Vui lòng đọc tất cả các tuyên bố dưới đây trước khi đưa ra lựa chọn. Vui lòng ghi ngày tháng theo định dạng MM/DD/YYYY.

☐ Tôi mới tham gia Medicare.
*Vui lòng chỉ chọn nếu quý vị thuộc trường hợp số 1. Mới được quyền hưởng; 2. Quý vị đang trong vòng 90 ngày trước khi tròn 65 tuổi HOẶC quý vị vừa tròn 65 tuổi trong vòng 90 ngày qua; 3. Người nhận quyền lợi mới; hoặc 4. Mới hội đủ điều kiện nhưng trước đây chỉ nhận Medicare thông qua diện khuyết tật.
*Nếu bảo hiểm từ người sử dụng lao động của quý vị vừa mới chấm dứt và đây là lần đầu tiên quý vị sử dụng Medicare, vui lòng chọn mục "Tôi đã chấm dứt bảo hiểm từ người sử dụng lao động hoặc công đoàn" trong phần SEP dưới đây.

☐ Kỳ Ghi Danh Thường Niên (AEP) từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 hàng năm.

☐ Tôi đã có bảo hiểm Phần A (Bảo Hiểm Bệnh Viện) và gần đây mới đăng ký nhận bảo hiểm Phần B (Bảo Hiểm Y Tế) lần đầu tiên. Tôi muốn tham gia Chương Trình Medicare Advantage.

☐ Tôi đã được thông báo về việc nhận được Medicare sau khi bảo hiểm Phần A và/hoặc Phần B bắt đầu. Tôi đã được thông báo vào (điền ngày). ____ /____ /_____

☐ Trước kia tôi đã có Medicare nhưng hiện tôi sắp 65 tuổi.

☐ Tôi đang ghi danh vào chương trình Medicare Advantage và muốn thực hiện thay đổi trong Kỳ Ghi Danh Mở Medicare Advantage (MA OEP).

☐ Tôi đã chuyển sang một địa chỉ mới nằm ngoài khu vực dịch vụ của chương trình hiện tại hoặc tôi mới chuyển nơi ở và chương trình này là lựa chọn mới đối với tôi. Tôi đã chuyển đi vào (điền ngày). ____ /____ /_____

☐ Tôi quay trở về Mỹ sau khi đã sống ở nước ngoài vào (điền ngày). ____ /____ /_____

☐ Tôi đã ra tù. Tôi ra tù vào (điền ngày). ____ /____ /_____

☐ Gần đây tôi đã được cấp tình trạng cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ. Tôi nhận được tình trạng này vào (điền ngày). ____ /____ /_____

☐ Tôi sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn, như viện dưỡng lão hoặc bệnh viện phục hồi chức năng.
*LƯU Ý: Phải điền thông tin về cơ sở chăm sóc dài hạn vào mẫu đơn.

☐ Tôi mới chuyển ra khỏi một cơ sở chăm sóc dài hạn, như viện dưỡng lão hoặc bệnh viện phục hồi chức năng.
*LƯU Ý: Phải điền thông tin về cơ sở chăm sóc dài hạn vào mẫu đơn.
Tôi chuyển ra khỏi cơ sở này vào (điền ngày). ____ /____ /_____

©Wellcare 2026

☐ Tôi rời chương trình bảo hiểm của người sử dụng lao động hoặc công đoàn (bao gồm bảo hiểm theo Đạo Luật Điều Phối Ngân Sách Tổng Hợp Omnibus (COBRA)) vào (điền ngày). ____ /____ /_____

☐ Tôi mất bảo hiểm khác không phải Medicare nhưng cũng hữu ích như bảo hiểm thuốc của Medicare (bảo hiểm có uy tín) hoặc bảo hiểm khác, không phải Medicare đã thay đổi và không còn uy tín nữa. Tôi làm mất bảo hiểm thuốc của mình vào ngày (điền ngày). ____ /____ /_____

☐ Chương trình hiện tại của tôi sẽ không được gia hạn cho năm hợp đồng sắp tới
*LƯU Ý: SEP này chỉ có hiệu lực từ 12/8 đến ngày cuối cùng của tháng Hai.

☐ Tôi mất bảo hiểm vì Medicare đã chấm dứt hợp đồng với chương trình của tôi. Tôi nhận được thư từ Medicare thông báo rằng tôi có thể tham gia một chương trình khác. Bảo hiểm của tôi đã kết thúc vào (điền ngày). ____ /____ /_____

☐ Tôi từ bỏ bảo hiểm trong chương trình PACE (Chương Trình Chăm Sóc Toàn Diện dành cho Người Cao Tuổi). Tôi rời chương trình vào (điền ngày). ____ /____ /_____

☐ Tôi đã mất Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt vì tôi không còn ở tình trạng nhu cầu đặc biệt theo quy định của chương trình đó nữa. Tôi sẽ hoặc đã bị rút tên khỏi SNP vào (điền ngày). ____ /____ /_____

☐ Tôi muốn tham gia một Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt có các quyền lợi phù hợp với tình trạng bệnh mãn tính của tôi.

☐ Tôi được xác định là không đủ điều kiện tham gia chương trình CSNP của mình và muốn ghi danh vào một chương trình khác. Tôi đã được thông báo vào (điền ngày). ____ /____ /_____

☐ Tôi mới có thay đổi về Medicaid của mình (mới nhận được Medicaid, có thay đổi về mức Medicaid hoặc mất Medicaid) vào (điền ngày). ____ /____ /_____

☐ Tôi mới có thay đổi về việc Trợ Giúp Bổ Túc thanh toán chi phí thuốc cho tôi (mới nhận được Trợ Giúp Bổ Túc, thay đổi mức Trợ Giúp Bổ Túc, hoặc mất Trợ Giúp Bổ Túc) vào (điền ngày). ____ /____ /_____

☐ Tôi được ghi danh vào một chương trình của Medicare (hoặc tiểu bang của tôi) và tôi muốn chọn một chương trình khác. Tôi bắt đầu ghi danh tham gia vào chương trình đó từ (điền ngày). ____ /____ /_____

☐ Tôi đang tham gia Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm của Tiểu bang. Các tiểu bang sau có chương trình SPAP đủ điều kiện: Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin.

☐ Tôi sẽ mất sự hỗ trợ từ Chương trình Hỗ trợ Dược phẩm của Tiểu bang. Tôi đã mất hỗ trợ vào (điền ngày). ____ /____ /_____

☐ Tôi, hoặc người mà tôi dựa vào để hỗ trợ đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe, bị ảnh hưởng bởi một thảm họa khẩn cấp hoặc thảm họa nghiêm trọng (theo tuyên bố của Cơ Quan Quản Lý Dịch Vụ Cấp Cứu Liên Bang, hoặc theo chính quyền Liên Bang, tiểu bang hoặc địa phương). Một trong những tuyên bố khác trên trang này đúng với trường hợp của tôi, nhưng tôi không thể gửi yêu cầu vì thảm họa đó. Tôi đã bỏ lỡ Kỳ Ghi danh cho: _____

☐ Tôi đang ghi danh vào chương trình Mediacare 5 sao.

☐ Tôi đang tham gia một chương trình có xếp hạng dưới 3 sao trong 3 năm vừa qua. Tôi muốn tham gia một chương trình có xếp hạng từ 3 sao trở lên.

☐ Tôi đang tham gia một chương trình vừa được Tiểu Bang tiếp quản do vấn đề tài chính (quản lý tài sản). Tôi muốn chuyển sang một chương trình khác.

☐ Tôi đã yêu cầu nhận các tài liệu dưới định dạng dễ tiếp cận nhưng không nhận được các tài liệu một cách kịp thời. Tôi muốn ghi danh tham gia bây giờ khi tôi đã có thời gian để đưa ra quyết định ghi danh.
Định dạng dễ tiếp cận mà tôi đã yêu cầu trước đó là: _____
*Lưu ý: Các định dạng dễ tiếp cận bao gồm, nhưng không giới hạn ở chữ nổi Braille, đĩa CD dữ liệu, chữ in khổ lớn.

☐ Tôi đóng lệ phí bảo hiểm cho Phần A và đã đăng ký nhận bảo hiểm Phần B trong Kỳ Ghi danh Chung (từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 hàng năm). Tôi muốn tham gia một chương trình thuốc Medicare (Phần D) hoặc Chương Trình Medicare Advantage có bảo hiểm thuốc.
* Nếu quý vị thanh toán lệ phí bảo hiểm cho Phần A và đăng ký nhận bảo hiểm Phần B trong Kỳ Ghi Danh Chung, quý vị sẽ có 2 tháng sau khi đăng ký nhận bảo hiểm Phần B để tham gia một chương trình bảo hiểm.
Tôi đã đăng ký vào (điền ngày). ____ /____ /_____

☐ Tôi đã đăng ký nhận bảo hiểm Phần A (Bảo Hiểm Bệnh Viện) hoặc Phần B (Bảo Hiểm Y Tế)) trong Kỳ Ghi Danh Đặc Biệt mà tôi đủ tiêu chuẩn tham gia vì một tình huống ngoại lệ. Tôi đã đăng ký vào (điền ngày). ____ /____ /_____

☐ Tôi có Medicare và được hưởng quyền lợi Medicaid toàn diện. Tôi muốn ghi danh tham gia Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt Hội Đủ Điều Kiện Kép Tích Hợp Toàn Diện (FIDE SNP), Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt Hội Đủ Điều Kiện Kép Tích Hợp Cao (HIDE SNP), hoặc Chương Trình Tích Hợp Phù Hợp (AIP).

☐ Tôi có bảo hiểm thuốc theo Medicare (Phần D) thông qua một Chương Trình Medicare Advantage. Tôi muốn tham gia một chương trình bảo hiểm sức khỏe Medicare khác không bao gồm bảo hiểm thuốc, để tôi có thể chuyển sang một chương trình bảo hiểm thuốc có uy tín không thuộc Medicare. *LƯU Ý: Chỉ áp dụng cho MA

Nếu không có câu nào trong số này đúng với quý vị hoặc quý vị không chắc chắn, vui lòng liên hệ với Wellcare theo số 1-844-480-0680 (người dùng TTY gọi số 711) để biết quý vị có hội đủ điều kiện ghi danh không. Chúng tôi mở cửa từ Chủ Nhật đến thứ Bảy, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối (mọi múi giờ).

Quý vị vẫn phải tiếp tục thanh toán lệ phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình. Tuy nhiên, đối với những người thụ hưởng quyền lợi kép toàn diện, Tiểu Bang sẽ đài thọ lệ phí bảo hiểm Phần B của quý vị, miễn là quý vị vẫn hội đủ điều kiện hưởng Medicaid.