

# Form sa Paghiling ng Pag-enroll ng Indibidwal sa Medicare Advantage na Plano (Bahagi C)



Tingnan ang status ng iyong application dito: [wellcare.com/applicationtracker](https://www.wellcare.com/applicationtracker)

## Sino ang maaaring gumamit ng form na ito?

Mga taong may Medicare na gustong sumali sa Medicare Advantage na Plano

### Para sumali sa plano, ikaw dapat ay:

- Mamamayan ng Estados Unidos o legal na nasa U.S.
- Nakatira sa pinagseserbisyuhang lugar ng plano

**Mahalaga:** Para sumali sa Medicare Advantage na Plano, dapat mayroon ka ring:

- Bahagi A ng Medicare (Insurance sa Ospital)
- Bahagi B ng Medicare (Insurance na Pangmedikal)

## Kailan ko gagamitin ang form na ito?

Maaari kang sumali sa plano:

- Mula Oktubre 15–Disyembre 7 bawat taon (para sa coverage simula Enero 1) Sa loob ng 3 buwan ng unang pagkuha ng Medicare
- Sa ilang partikular na sitwasyon kung saan pinapayagan kang sumali o lumipat ng mga plano

Bisitahin [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para alamin pa kung kailan ka maaaring mag-sign up para sa plano.

## Ano ang kailangan ko para kumpletuhin ang form na ito?

- Ang iyong Numero sa Medicare (ang numero sa pula, puti, at asul mong Medicare card)
- Permanente mong address at numero ng telepono

**Tandaan:** Dapat mong kumpletuhin ang lahat ng tanong na may asterisk (\*). Opsyonal ang mga tanong na walang asterisk (\*) – hindi ka maaaring tanggihan ng coverage dahil hindi mo pinunan ang mga ito.

### MAHALAGA

Huwag ipadala ang form na ito o anumang item kasama ang iyong personal na impormasyon (tulad ng mga claim, pagbabayad, mga medikal na rekord, atbp.) sa PRA Reports Clearance Office. Sisirain ang anumang item na walang kinalaman sa pagpapabuti ng form na ito o sa problema sa pangongolekta (nakalista sa OMB 0938-1378). Hindi ito itatago, susuriin, o ipapadala sa plano. Tingnan ang “Ano ang susunod na mangyayari?” sa pahinang ito para ipadala ang iyong nakumpletong form sa plano.



Naisip mo bang mag-enroll sa [go.wellcare.com/OhanaHI](https://www.go.wellcare.com/OhanaHI) sa halip? Ito ay mabilis, ligtas at madaling paraan para mag-apply

## Mga paalala:

- Kung gusto mong sumali sa plano sa panahon ng bukas na enrollment sa taglagas (Oktubre 15–Disyembre 7), dapat makuha ng plano ang nakumpleto mong form nang hanggang Disyembre 7.
- Papadalhan ka ng iyong plano ng bayarin para sa premium ng plano. Maaari kang mag-sign up para ibawas ang iyong mga bayad sa premium mula sa iyong account sa bangko o sa buwanan mong benepisyo sa Social Security (o Railroad Retirement Board).

## Ano na ang susunod na mangyayari?

Ipadala ang nakumpleto at nilagdaan mong form sa:

Wellcare By 'Ohana Health Plan  
PO Box 31395  
Tampa, FL  
33631-3395

Kapag naproseso na nila ang kahilingan mong sumali, makikipag-ugnayan sila sa iyo.

## Paano ako makakahingi ng tulong para sa form na ito?

Tawagan ang Wellcare By 'Ohana Health Plan at **1-844-480-0680**. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng **711**. O, tawagan ang Medicare sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048**.

## Mga indibidwal na nakakaranas ng kawalan ng tirahan

- Kung gusto mong sumali sa plano pero wala kang permanenteng tirahan, maaaring ituring ang Post Office Box, address ng matutuluyan o klinika, o ang address kung saan ka nakakatanggap ng sulat (hal. mga tseke ng social security) bilang iyong permanenteng address ng tirahan.















\*3. Pakibigay ang numero ng iyong State Medicaid Program:

Pakisama ang Numero ng Medicaid para sa mga D-SNP na plano. Ang mga kulang na numero ng Medicaid ay maaaring magresulta sa naantalang pagproseso ng application at posibleng pagtanggap ng application.

4. Nagtatrabaho ka ba o ang iyong asawa?  Oo  Hindi

**Pakilagyan ng tsek ang isa sa mga kahon sa ibaba kung gusto mong magpadala kami sa iyo ng impormasyon na nasa ibang wikang bukod sa Ingles o sa format na naa-access:**

Chinese (kung saan available)     Korean (kung saan available)     Hmong (kung saan available)

Tagalog (kung saan available)     Laotian (kung saan available)

Cambodian/Khmer (kung saan available)     Hawaiian (kung saan available)

Japanese (kung saan available)     Vietnamese (kung saan available)

Samoan (kung saan available)     Thai (kung saan available)     Ilocano (kung saan available)

Malaking Print     Braille     Audio CD     Data CD

Mangyaring makipag-ugnayan sa Wellcare sa **1-844-480-0680** (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa **711**) kung kailangan mo ng impormasyon sa format na naa-access o sa wikang bukod sa nakalista sa itaas. Ang aming oras ng opisina ay Linggo-Sabado, 8 a.m. hanggang 8 p.m. (lahat ng time zone). Maaari ding tumawag ang mga kasalukuyang miyembro sa numerong nakalista sa iyong ID card ng miyembro.

Mangyaring piliin ang Panunahing Doktor sa Pangangalaga (Primary Care Physician, PCP) na nasa Network (Pangalan at Apelyido ng PCP), Klinika o Health Center: Makakahanap ka ng provider sa **wellcarefindaprovider.com**

ID#  Ikaw Ba ay Kasalukuyang Pasyente?  Oo  Hindi

IPA ID#  PCP NPI

Pangalan ng IPA:

Ayokong pumili ng PCP, gusto kong Wellcare ang pumili ng PCP ko para sa akin. Nauunawaan ko na maaari kong baguhin ang aking PCP anumang oras sa pamamagitan ng pagtawag sa numero ng serbisyo para sa miyembro na nasa aking ID Card ng Miyembro ng Wellcare.



Kung hindi pipili ng valid na PCP na Nasa Network o kung hindi lalagyan ng check ang checkbox para sa awtomatikong pagtatalaga ng PCP, may itatalagang PCP na Nasa Network sa benepisyaryo. Maaaring baguhin ang pagtatalaga ng PCP anumang oras sa pamamagitan ng pagtawag sa numero ng serbisyo para sa miyembro na nasa ID Card ng Miyembro.

### Pagbabayad ng iyong mga Premium ng Plano

Maaari mong bayaran ang iyong buwanang premium ng plano sa pamamagitan ng koreo, credit card, magbayad sa pamamagitan ng telepono, o sa pamamagitan ng Electronic Funds Transfer (EFT) bawat buwan. **Maaari mo ring bayaran ang iyong premium sa pamamagitan ng awtomatikong pagbawas mula sa iyong benepisyong tseke mula sa Social Security o Railroad Retirement Board (RRB) bawat buwan, kung kwalipikado ka para rito.** Kung hindi ka pipili ng opsyon sa pagbabayad, makakakuha ka ng coupon book para sa pagbabayad ng iyong mga buwanang premium.

**Kung kakailanganin mong magbayad ng Buwanang Pagsasaayos sa Halaga para sa Bahagi D na May Kaugnayan sa Kita (Bahagi D-IRMAA), dapat mong bayaran nang direkta sa Medicare ang karagdagang halaga na ito bukod sa iyong premium sa plano.** HUWAG magbayad sa Wellcare ng Part D-IRMAA.

Maaaring maging kwalipikado ang mga taong limitado ang kita para sa Karagdagang Tulong (Extra Help). Makakatulong ito para mabayaran nila ang kanilang mga gastusin sa inireresetang gamot. Kahit na mayroon kang Karagdagang Tulong ngayon, maaaring kailanganin mong mag-apply muli para rito para sa muling pagpapatunay. Maraming tao ang kwalipikado para sa mga katipirang ito at hindi man lang nila alam ang tungkol dito. Para sa higit pang impormasyong tungkol sa Karagdagang Tulong na ito, makipag-ugnayan sa inyong lokal na opisina ng Social Security, o tumawag sa Social Security sa **1-800-772-1213**. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa **1-800-325-0778**. Maaari ka ring mag-apply para sa Karagdagang Tulong online sa <https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help>.

#### Mangyaring pumili ng opsyon sa pagbabayad ng premium:

Electronic Funds Transfer (EFT) mula sa iyong bank account bawat buwan.

- Hindi mo kailangang alalahanin ang pagpapadala ng tseke bawat buwan.
- Awtomatikong kinukuha ang halaga mula sa iyong account sa pagitan ng ika-15 hanggang sa ika-20 ng bawat buwan.
- Pakilakip ang PINAWALANG-BISANG tseke o ibigay ang sumusunod:

Pangalan ng may-ari ng account: \_\_\_\_\_

(I-print ang pangalan na katulad ng pangalan sa account kung saan magde-debit.)

Pangalan ng bangko: \_\_\_\_\_

Routing Number (Dapat 9 na digit number)

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Account Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Uri ng Account:  Checking  Savings

Lagda ng may-ari ng account: (kung iba sa enrollee) \_\_\_\_\_

Sumasang-ayon ako na mananatiling may bisa ang pahintulot na ito hanaggang sa magbigay ako ng nakasulat na abiso na tinatapos ang serbisyong ito.

Awtomatikong pagbawas sa iyong buwanang tseke para sa benepisyo mula sa Social Security o Railroad Retirement Board (RRB) (kung kwalipikado).

Nakakakuha ako ng buwanang mga benepisyo mula sa:

Social Security  Railroad Retirement Board

Ang pagbawas sa Social Security/RRB ay maaaring abutin ng dalawa o marami pang buwan bago magsimula pagkatapos aprubahan ng Social Security o RRB ang pagbawas. Sa karamihan ng sitwasyon, kung tatanggapin ng Social Security o RRB ang iyong kahilingan para sa awtomatikong pagbawas, isasama sa unang pagbawas sa iyong tseke para sa benepisyo mula sa Social Security o RRB ang lahat ng premium na dapat bayaran mula sa petsa ng pagkakaroon ng bisa ng iyong pag-e-enroll hanggang sa punto ng pagsisimula ng pagbawas. Kung hindi aaprubahan ng Social Security o RRB ang iyong kahilingan para sa awtomatikong pagbawas, o kung aaprubahan nito ang mga pagbawas na magsisimula pagkatapos ng petsa ng pagsisimula ng pag-enroll, magpapadala kami sa iyo ng bill para sa iyong mga buwanang premium.

Makatanggap ng coupon book para sa mga buwanang pagbabayad ng premium.

Tandaan: Maaari mo ring bayaran ang iyong mga premium ng plano sa pamamagitan ng credit card o sa pamamagitan ng pagbawas nito mula sa iyong bank account (checking/savings) sa halip na gamitin ang mga buwanang coupon. Para i-set up ang iyong pagbabayad bisitahin ang aming website sa [go.wellcare.com/OhanaHI](http://go.wellcare.com/OhanaHI) o tawgan ang Wellcare sa **1-844-480-0680**. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa **711**. Bukas kami Linggo-SaturdaySabado, 8 a.m. hanggang 8 p.m. (lahat ng time zone).



### **Pakibasa ang Mahalagang Impormasyong Ito:**

**Para sa mga Plano ng Inireresetang Gamot ng Medicare Advantage (MADP): Kung kasalukuyang kang may coverage sa kalusugan mula sa employer o unyon, maaaring makaapekto sa iyong mga benepisyo para sa pangkalusugan mula sa employer o unyon ang pagsali mo sa Wellcare na plano. Kung sasali ka sa Wellcare, maaaring mawalan ka ng coverage sa kalusugan mula sa iyong employer o unyon.**

Basahin ang mga pakikipag-ugnayan na ipinapadala sa iyo ng employer o unyon mo. Kung may mga tanong ka, bisitahin ang kanilang website, o kontakin ang opisina na nakalista sa kanilang mga pakikipag-ugnayan. Kung walang nakalagay ng impormasyon kung kanino dapat makipag-ugnayan, makakatulong ang iyong adminstrator para sa mga benepisyo o ang opisina na sumasagot sa mga tanong tungkol sa iyong coverage.



## Pakibasa at Lagdaan:

- Dapat kong panatilihin ang Ospital (Bahagi A) at Medikal (Bahagi B) para manatili sa Wellcare.
- Sa pamamagitan ng pagsali sa Medicare Advantage na plano na ito, kinikilala ko na ibabahagi ng Wellcare ang aking impormasyon sa Medicare, na maaari mong gamitin para subaybayan ang aking pag-enroll, para magbayad, at para sa iba pang layuning pinapayagan ng Pederal na batas na nagpapahintulot sa pangongolekta ng impormasyong ito (tingnan ang Pahayag sa Batas sa Pagkapribado sa ibaba). Boluntaryo ang pagsagot mo sa form na ito. Gayunpaman, maaaring makaapekto sa pag-enroll mo sa plano ang hindi mo pagsagot dito.
- Nauunawaan ko na maaari akong ma-enroll sa MA lang o Bahagi D na plano – at ang pag-enroll na iyon sa planong ito ay awtomatikong tatapusin ang aking pag-enroll sa isa pang MA o Bahagi D na plano (naaangkop ang mga eksepsyon para sa MA PFFS, MA MSA na mga plano).
- Nauunawaan ko na kapag nagsimula na ang aking coverage sa Wellcare, dapat kong kunin ang lahat ng aking medikal at inireresetang gamot na benepisyong mula sa Wellcare. Sasakupin ang mga benepisyong at serbisyong ibinibigay ng Wellcare at nakalagay sa dokumentong “Katunayan ng Coverage” ng aking Wellcare (kilala rin bilang kontrata ng miyembro o kasunduan sa subscriber). Hindi babayaran ng Medicare o ng Wellcare ang mga benepisyong hindi sakop.
- Ang impormasyong nasa sa enrollment form na ito ay tama sa abot ng aking kaalaman. Nauunawaan ko na kung sadya akong magbibigay ng maling impormasyon sa form na ito, aalisin ako sa pagkaka-enroll sa plano.
- Nauunawaan ko na ang lagda ko (o ang lagda ng taong may legal na pahintulot na kumilos sa ngalan ko) sa application na ito ay nangangahulugang nabasa at nauunawaan ko ang mga nakapaloob sa application na ito. Kung lalagdaan ng awtorisadong kinatawan (gaya ng inilarawan sa itaas), pinatutunayan ng lagda na ito na:

1) awtorisado ang taong ito sa ilalim ng batas ng Estado para kumpletuhin ang pag-enroll na ito at

2) Available ang dokumentasyon ng pagbibigay ng pahintulot na ito kapag hiniling ng Medicare.

*Sa paglagda ng dokumento na ito, pinatutunayan ko na, sa abot ng aking kaalaman, tama at kumpleto, ang lahat ng impormasyong ibinigay ko. Nauunawaan ko na kung malalaman na mali ang impormasyong ito, maaari akong matanggal sa pagkaka-enroll.*

Lagda: \_\_\_\_\_ Petsa Ngayong Araw: 

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

**\*Kung ikaw ang awtorisadong kinatawan, dapat kang lumagda at ibigay ang mga sumusunod na impormasyon.**

Gusto mo bang ipadala sa awtorisadong kinatawan ang lahat ng sulat?  Oo  Hindi

Gusto mo bang idirekta ang mga tawag sa awtorisadong kinatawan?  Oo  Hindi







6.  Naka-enroll ako sa Medicare Advantage na plano at gusto gumawa ng pagbabago sa Panahon ng Bukas ng Pag-e-enroll ng Medicare Advantage (MA OEP).
7.  Lumipat ako sa bagong address na wala sa pinaglilingkurang lugar ng aking kasalukuyang plano, o lumipat ako kamakailang at bagong opsyon para sa akin ang planong ito.  
Lumipat ako noong
8.  Lumipat akong muli sa U.S. pagktapos tumira sa labas ng bansa. Bumalik ako noong
9.  **Pinalabas ako mula sa kulungan. Pinalabas ako noong**
10.  Nagkaroon ako ng legal na status sa U.S. Nakuha ko ang status na ito noong
11.  Nakatira ako sa pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga, tulad ng nursing home o ospital na para sa rehabilitasyon.  
\*TANDAAN: Dapat punan sa form ang impormasyon ng pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga.
12.  Umalis ako kamakailan sa isang pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga, tulad ng nursing home o ospital na para sa rehabilitasyon. \*TANDAAN: Dapat punan sa form ang impormasyon ng pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga.  
Umalis ako sa pasilidad noong
13.  Umalis ako sa coverage mula sa aking employer o unyon (kasama ang coverage ng COBRA) noong
14.  Nawalan ako ng ibang coverage sa gamot na hindi sa Medicare na kasing husay ng coverage sa gamot ng Medicare (coverage na maaaring ma-credit), o nagbago ang aking ibang coverage na hindi sa Medicare at hindi na itinuturing na maaaring ma-credit. Nawalan ako ng coverage noong
15.  **Ang aking umiiral na plano ay hindi mare-renew para sa darating nataon ng kontrata**  
**\*TANDAAN: Valid lang ang SEP ina ito mula 12/8 - huling araw ng Pebrero.**
16.  Nawalan ako ng coverage dahil tinapos ng Medicare ang kontrata nito sa aking plano. Nakatanggap ako ng sulat mula sa Medicare na sinasabing maaari akong sumali sa ibang plano. Natapos na ang aking coverage noong
17.  Itingil ko ang aking coverage sa PACE (Mga Programa ng Kumpletong Pangangalaga para sa Matanda na plano. Umalis ako sa programa noong
18.  Nawala ang aking Plano para sa Mga May Espesyal na Pangangailangan dahil wala na ang king statau sa mga espesyal na pangangailangan na kailangan para sa planong iyon. Aalisin ako o inalis sa pagkaka-enroll mula sa SNP noong



19.  Gusto kong sumali sa Mga May Espesyal na Pangangailangan na Plano na iniaangkop ang mga benepisyong nito sa aking ing hindi gumagaling na kondisyon.
20.  Nalaman na hindi ako kwalipikado para sa aking CSNP na plano at gustong mag-enroll sa ibang plano.  
Inabisuhan ako noong
21.  Nagkaroon ako ng pagbabago kamakailan sa akin Medicaid (kakakuha lang ng Medicaid, nagkaroon ng pagbabago sa aking antas ng Medicaid, o nawalan ng Medicaid) noong
22.  nagkaroon ako ng pagbabago kamakailan sa aking Karagdagang Tulong sa pagbabayad ng aking mga gastos sa gamot (kakakuha lang ng Karagdagang Tulong, nagkaroon ng ng pagbabago sa aking antas ng Karagdagang Tulong, o nawalan ng Karagdagang Tulong) noong
23.  Naka-enroll ako sa Medicare naplano (o ng aking estado) at gusto kong pumili ng ibang plano.  
Ang aking pag-e-enroll sa planong iyong ay nagsimula noong
24.  Ako ay nasa Programa ng Tulong sa Gamot ng Estado. Ang mga sumusunod na estado ay mayroong kwalipikadong SPAP: Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin.
25.  Nawawalan ako ng tulong mula sa Programa ng Tulong sa Gamot ng Estado.  
Nawalan ako ng tulong noong
26.  Ako, o ang taong inaasahan ko para tumulong sa paggawa ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan, ay naapektuhan ng isang emergency o matinding sakuna (alinsunod sa idineklara ng Pederal na Ahensya sa Pamamahala ng Emergency (FEMA), o ng Pederal, ng aking estado, o ng aking lokal na pamahalaan). Naaangkop sa akin ang isa sa iba pang pahayag sa pahinang ito, pero hindi ako nakagawa ng kahilingan dahil sa sakuna.  
Nalagpasan ko ang Panahon ng Pag-e-enroll para sa:
27.  Mag-reenroll ako sa 5-star ng Medicare na plano.
28.  **Nasa isang plano ako na nagkaroon ng star rating na hindi bababa sa 3 star sa nakalipas na 3 taon. Gusto kong sumali sa plano na may star rating na 3 star o mas mataas.**
29.  Nasa isang plano ako na kamakailang kinuha ng estado dahil sa mga problemang pampinasyal (receivership). Gusto kong lumipat sa ibang plano.
30.  Humingi ako ng mga babasahin na nasa mga format na naa-access at hindi ko natanggap ang mga ito sa oras. Gusto kong mag-enroll ngayong mayroon na akong oras para gumawa ng mga desisyon sa pag-enroll. Ang format na naa-access na hiniling ko dati ay:

\*TANDAAN: Mga format na naa-access kasama ang ngunit hindi limitado sa Braille, Data CD, Malaking Print.







# ng ID ng Plano: H

Petsa ng Pagsisimula ng Coverage:   
M M D D Y Y Y Y

Pangalan ng Plano:

Ayon sa Batas sa Pagbabawas ng Paperwork ng 1995, walang sinuman ang kinakailangang tumugon sa pangongolekta ng impormasyon maliban kung nagpapakita ito ng wastong numero ng control ng OMB. Ang wastong control number ng OMB para sa pangongolekta ng impormasyong ito ay 0938-1378. Tinatayang nasa halos 20 minuto bawat pagtugon ang kailangang oras para makumpleto ang pangongolekta ng impormasyong ito. Kasama rito ang oras ng pagsusuri ng mga instruksyon, paghahanap sa mga magagamit na mapagkukunan ng mga datos, pagkalap ng kinakailangang mga datos, at pagkumpleto at pagsusuri sa pangongolekta ng impormasyon. Kung mayroon kang anumang mga komento tungkol sa kawastuhan ng (mga) pagtantiya ng oras o mga mungkahi para mapaganda ang form na ito, mangyaring sumulat sa: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**PAHAYAG SA BATAS SA PRIVACY** Nangongolekta ang Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) ng impormasyon mula sa mga plano ng Medicare para subaybayan ang pag-enroll ng benepisyaryo sa mga Medicare Advantage na Plano (MA), para mapaganda ang pangangalaga, at para pagbabayad ng mga benepisyo ng Medicare. Pinapahintulutan ng Mga Seksyon 1851 at 1860D-1 ng Social Security Act at ng 42 CFR §§ 422.50 at 422.60 ang pangongolekta ng ganitong impormasyon. Pinapayagan ang CMS sa paggamit, pagpapahayag, at pakikipagpalit ng data ng enrollment mula sa mga benepisyaryo ng Medicare alinsunod sa System of Records Notice (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", System No. 09-70-0588. Boluntaryo ang pagsagot mo sa form na ito. Gayunpaman, maaaring makaapekto sa pag-enroll mo sa plano ang hindi mo pagsagot dito.

Ang 'Ohana Health Plan, ay isang plano na ibinibigay ng WellCare Health Insurance of Arizona, Inc.

