

Formulario de Solicitud de Inscripción Individual en un Plan Medicare Advantage (Parte C)



¿Quién puede usar este formulario?

Los miembros de Medicare que desean inscribirse en un plan Medicare Advantage

Para inscribirse en un plan, debe cumplir con estos requisitos:

- Ser ciudadano estadounidense o haber legalizado su presencia en los EE. UU.
- Residir en el área de servicio del plan

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe contar con lo siguiente:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede inscribirse en un plan en estos momentos:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre cada año (para recibir cobertura a partir del 1 de enero)
- En un plazo de 3 meses a partir de la fecha de obtención de Medicare
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de planes

Visite **Medicare.gov** para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número de su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul)
- Su domicilio y número de teléfono permanentes

Nota: Debe completar todas las preguntas marcadas con un asterisco (*). Las preguntas que no tienen un asterisco (*) son opcionales. No se le puede negar la cobertura por no completarlas.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), debe enviar al plan el formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima de este. Puede optar por inscribirse para obtener el monto de los pagos de primas deducido de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual de seguridad social (o Junta Ferroviaria de Retiro).

¿Qué ocurre después?

Envíe su formulario completado y firmado a la siguiente dirección:

Wellcare
PO Box 31395
Tampa, FL
33631-3395

Una vez que procesen la solicitud de incorporación, se comunicarán con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Wellcare al **1-844-917-0175**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.

O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**.

Información de contacto de emergencia (opcional):

Contacto de emergencia:

Número de teléfono: Parentesco con usted:

Proporcione su información del seguro de Medicare

Tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare a mano para completar esta sección.

- Rellene esta información como se muestra en su tarjeta de Medicare.
- O BIEN -
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de su carta del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro.

Nombre (como se muestra en su tarjeta de Medicare):

*Número de Medicare (alfanumérico):

Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigencia: (MMDDAAAA)

HOSPITAL (Parte A)

MÉDICO (Parte B)

Debe tener la Parte A y Parte B de Medicare para inscribirse en un plan de Medicare Advantage.

Lea y responda estas preguntas importantes:

*1. *¿Tendrá alguna otra cobertura para medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Wellcare?

Sí No

De responder "sí" indique esta otra cobertura y su número de identificación (ID) para esta cobertura:

*Nombre de la otra cobertura:

*Número de miembro para esta cobertura:

*Número del grupo para esta cobertura:

2. ¿Es usted residente de un centro de atención a largo plazo, como un hogar de ancianos? Sí No

En caso de responder "sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución:

Dirección de la Institución (número y calle):

Ciudad: Estado:

Código postal:

Número de teléfono:

Representante autorizado:

Pago de la prima de su plan

Si se inscribe en un plan de salud con una prima mensual de \$0: Si determinamos que debe pagar una multa por inscripción tardía (o si usted actualmente tiene una multa por inscripción tardía), tenemos que saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo, tarjeta de crédito, pago telefónico o transferencia electrónica de fondos (EFT) cada mes. También puede optar por pagar su prima por deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB) cada mes, si es elegible. Si se le ha establecido un monto de ajuste mensual relevante a ingresos (IRMAA) de la Parte D, será notificado por la Administración del Seguro Social. Será responsable de pagar este monto adicional además de su prima del plan. El monto será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, o Medicare o la RRB le enviará una factura directamente. NO pague el IRMAA de la Parte D a Wellcare. Si se inscribe en un plan con una prima mensual: Puede pagar la prima mensual de su plan (y cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o que quizás deba) por correo postal, tarjeta de crédito, pago telefónico o transferencia electrónica de fondos (EFT) cada mes. También puede optar por pagar su prima por deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB) cada mes, si es elegible. Si se le ha establecido un monto de ajuste mensual relevante a ingresos (IRMAA) de la Parte D, será notificado por la Administración del Seguro Social. Será responsable de pagar este monto adicional además de su prima del plan. El monto será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social o Medicare o la RRB le enviará una factura directamente. NO pague el IRMAA de la Parte D a Wellcare. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluidas las primas mensuales de sus medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califiquen no estarán sujetos al intervalo sin cobertura o la multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información acerca de esta Ayuda Adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**. También puede solicitar ayuda adicional en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp. Si califica para Ayuda Adicional con sus costos de cobertura del plan de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de su prima del plan. Incluso si tiene Ayuda adicional ahora, es posible que necesite volver a solicitarla más adelante. Si Medicare paga únicamente una parte de esta prima, le facturaremos por el monto que no cubra Medicare. Si no selecciona una opción de pago, recibirá una libreta de cupones para pagar sus primas mensuales.

Seleccione una opción para el pago de la prima:

Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria cada mes.

- No es necesario que recuerde enviar un cheque todos los meses.
- El dinero se retira automáticamente de su cuenta entre los días 15 y 20 de cada mes.
- Incluya un cheque ANULADO o proporcione lo siguiente:

Nombre del titular de la cuenta: _____

(El nombre debe estar escrito en letra imprenta tal como aparece en la cuenta de la que se debitará el dinero).

Nombre del banco: _____

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

Número de enrutamiento (incluya el número de 9 dígitos) Número de cuenta

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

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

Tipo de Cuenta: Corriente De ahorros

Firma del titular de la cuenta: (si no es el afiliado) _____

Acepto que esta autorización permanezca vigente hasta que yo comunique por escrito que deseo finalizar el servicio.

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB), si califica.

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social Junta Ferroviaria de Retiro

(La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar dos o tres meses en activarse una vez que el Seguro Social o la RRB la aprueben. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de una deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de una deducción automática, o aprueban el comienzo de las deducciones después de la fecha de vigencia de la inscripción, le enviaremos una factura por sus primas mensuales).

Reciba una libreta de cupones para los pagos de primas mensuales.

Nota: También puede pagar las primas de su plan mediante una tarjeta de crédito o por deducción de su cuenta bancaria (cuenta corriente o de ahorros), en lugar de utilizar los cupones mensuales. Para configurar el pago, visite nuestro sitio web www.wellcare.com/medicare o llame a Servicios para Miembros al 1-844-917-0175.



Lea esta información importante:

Si cuenta actualmente con una cobertura médica de un empleador o un sindicato, inscribirse en un plan de Wellcare podría afectar los beneficios médicos que recibe del empleador o sindicato. Podría perder la cobertura médica del empleador o sindicato si se inscribe en Wellcare. Lea las comunicaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o comuníquese con la oficina señalada en sus comunicados. Si no hay información con respecto a quién contactar, puede recibir ayuda de su administrador de beneficios o de la oficina que responde preguntas acerca de su cobertura.

Lea y firme:

- Debo conservar tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en Wellcare.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que Wellcare compartirá mi información con Medicare, quien podrá utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción y efectuar pagos, y para otros propósitos permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se anulará mi inscripción en el plan.

Representante autorizado:

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

- Entiendo que las personas con Medicare por lo general no tienen cobertura de Medicare mientras están fuera del país, a excepción de una cobertura limitada a zonas próximas a las fronteras de EE. UU.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Wellcare, debo obtener todos los beneficios médicos y de medicamentos recetados de Wellcare. Estarán cubiertos los beneficios y servicios que presta Wellcare y que se incluyen en el documento “Evidencia de Cobertura” de Wellcare (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). **Ni Medicare ni Wellcare pagarán por los beneficios o servicios que no estén cubiertos.**
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de la misma. Si la firma un representante autorizado (conforme se describe anteriormente), esta firma certifica que:

- 1) Esta persona está autorizada en virtud de las leyes estatales para completar la inscripción, y
- 2) La documentación de esta autoridad se encuentra disponible a solicitud de Medicare.

Firma: _____ Fecha de hoy:

M	M	D	D	A	A	A	A

Declaración de elegibilidad para un periodo de inscripción

Típicamente, se puede inscribir en un plan de Medicare Advantage únicamente durante el periodo de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período. Lea las siguientes declaraciones con cuidado y elija la casilla si la declaración se aplica a usted. Al rellenar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si luego determinamos que esta información es incorrecta es posible que se cancele su inscripción.

Si la declaración que elige requiere una fecha, utilice el siguiente formato: MMDDAAAA

1. Soy un beneficiario nuevo de Medicare.
Si es nuevo en Medicare debido a la pérdida de cobertura grupal del empleador o de un sindicato, consulte el número 13.
2. Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
3. Me mudé de forma reciente fuera del área de servicio de mi plan actual, o me mudé de forma reciente y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el

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

.
4. Fui liberado de la cárcel de forma reciente. Fui liberado el

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

.
5. Regresé a Estados Unidos de forma reciente después de vivir de forma permanente en el exterior. Regresé a EE. UU. el

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

.
6. Obtuve la condición de presencia legal en los Estados Unidos de forma reciente. Obtuve esta condición el

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

.

7. Hubo un cambio reciente en mi Medicaid (acabo de obtener Medicaid, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el
8. Hubo un cambio reciente en la Ayuda Adicional con respecto al pago de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (acabo de obtener una Ayuda Adicional, cambió mi nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda adicional) el
9. Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare), u obtengo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero hubo cambios.
10. Me mudaré a un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo), vivo en uno o recientemente me mudé fuera de uno. Me mudé o mudaré a un centro o fuera de este el
11. Dejé el programa PACE de forma reciente el
12. Recientemente perdí de forma involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (una cobertura equivalente a Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el
13. Dejaré la cobertura del empleador o sindicato el
14. Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica que ofrece mi estado.
15. Mi plan está cancelando su contrato con Medicare, o Medicare está cancelando su contrato con mi plan.
16. Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo escoger un plan distinto. Mi participación en ese plan comenzó el
17. Estaba inscrito en un plan Special Needs (SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales requerida para permanecer en ese plan. Cancelaron mi inscripción en el SNP el
18. Me afectó una emergencia o un desastre mayor, como lo declaró la Agencia Federal de Manejo de Emergencias (FEMA) o una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones del presente formulario se aplicaba a mí, pero no pude solicitar mi inscripción debido al desastre.
19. Ya tengo Medicare, pero pronto cumpliré 65 años.
20. En los últimos 12 meses, me inscribí en el plan Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados cuando cumplí 65 años.
21. Voy a inscribirme en un plan de Medicare de 5 estrellas.
22. Estoy inscrito en un plan que está en quiebra.
23. Estoy inscrito en un plan que CMS identificó por tener un desempeño deficiente constante.

24. Ya tengo el seguro hospitalario (Parte A) y me inscribí de forma reciente al seguro médico (Parte B). Quiero inscribirme en un plan Medicare Advantage.
25. Soy nuevo en Medicare y se me notificó sobre la obtención de Medicare después de que comenzara mi cobertura de la Parte A y/o de la Parte B. .
26. Quiero inscribirme en un plan Special Needs que adapte sus beneficios a mi afección crónica.
27. Otro _____

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con Wellcare al **1-844-917-0175** para averiguar si califica para inscribirse. Estamos abiertos de domingo a sábado, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD Los centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la suscripción de beneficiarios en Medicare Advantage (MA), mejorar la atención médica y efectuar el pago de beneficios de Medicare. En los artículos 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y en el capítulo 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), artículos 422.50 y 422.60, se autoriza la recopilación de esta información. Mediante los CMS, se puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Sistema de Aviso de Registros (SORN) “Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)”, sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Para los miembros de Louisiana D-SNP: Como miembro de WellCare HMO D-SNP, cuenta con cobertura de Medicare y de Medicaid. Usted recibe su cobertura de atención médica y medicamentos con receta de Medicare a través de WellCare y, además, es elegible para recibir servicios adicionales de atención médica y cobertura a través de Louisiana Medicaid. Para obtener más información acerca de los proveedores que participan en Louisiana Medicaid, visite <https://www.myplan.healthy.la.gov/myaccount/choose/find-provider>. Para obtener información detallada acerca de los beneficios de Louisiana Medicaid, visite el sitio web de Medicaid, <https://ldh.la.gov/medicaid>, y seleccione el enlace “Learn about Medicaid Services” (Obtener información sobre los servicios de Medicaid).

Para los miembros de Tennessee D-SNP: Aviso: TennCare no se hace responsable del pago de estos beneficios, a excepción de los montos correspondientes de los costos compartidos. TennCare no es responsable de garantizar la disponibilidad o la calidad de estos beneficios.

