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

Inscripción individual: Formulario de solitud de inscripción en Wellcare Fidelis Dual Align (HMO D-SNP)

wellcare By FIDELIS CARE®

✓ Consulte el estado de su solicitud aquí: **wellcare.com/applicationtracker**

¿Quién puede usar este formulario?

Los miembros de Medicare que quieran inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o residir de manera legal en este país.
- Vivir en el área de servicios del plan.

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe contar con los siguientes seguros:

- Medicare Part A (seguro de hospital)
- Medicare Part B (seguro médico)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede inscribirse en un plan en las siguientes fechas:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses posteriores a la obtención de Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse en un plan 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.

¿Ha pensado en inscribirse en **go.wellcare.com/FidelisNJ** en su lugar? Es una manera rápida, segura y fácil de solicitar cobertura.

Recordatorios:

- Si quiere inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), debe enviar al plan el formulario completo antes del 7 de diciembre.

¿Cuál es el siguiente paso?

Envíe su formulario completado y firmado a la siguiente dirección:

Wellcare
P.O. 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 Fidelis Dual Align al **1-844-480-0680**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.

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

Personas sin hogar

- Si quiere inscribirse en un plan, pero no tiene una vivienda permanente, podrán considerarse como su dirección de residencia permanente una casilla postal, la dirección de algún refugio o alguna clínica, o la dirección en la que recibe su correo (p. ej., cheques del seguro social).

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún otro elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Se destruirá todo documento recibido que no se refiera a cómo mejorar este formulario o la carga de recopilación de información (prevista en la resolución OMB 0938-1378). No se conservará, revisará ni reenviará al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

©Wellcare 2025

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL DE WELLCARE FIDELIS DUAL ALIGN (HMO D-SNP) 2026

Comuníquese con Wellcare Fidelis Dual Align si necesita información en otro idioma o en formato (braille).

— Todos los campos señalados con un asterisco (*) son obligatorios. —

Para inscribirse en Wellcare Fidelis Dual Align, proporcione lo siguiente:

Información personal:

☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srita. *Last Name:

*Nombre: Inicial del segundo nombre:

*Sexo: ☐ M ☐ F *Fecha de nacimiento: (MMDDYYYY)

Información de contacto:

Tipo de teléfono: ☐ Cell ☐ Otro *Número de teléfono primario:

Tipo de teléfono: ☐ Celular ☐ Otro Número de teléfono secundario

Dirección de correo electrónico:

Dígale adiós al papel. Muchos documentos del plan están disponibles en formato digital.

Para recibir los documentos del plan por correo electrónico, marque uno de los siguientes: ☐

Método de contacto preferido: ☐ Llamada telefónica ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico

(Tenga en cuenta que podríamos comunicarnos con usted fuera de su "Método de contacto preferido") seleccionado

---

(No ingrese una casilla postal. Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal podría considerarse su dirección de residencia permanente.): ☐ Personas sin hogar

*Dirección de residencia permanente:

Condado:

*Ciudad: *Estado:

*código postal:

*Dirección de correo: (solo si es distinta a la dirección de Residencia permanente, se permite ingresar una casilla postal).

*Dirección de residencia:

*Ciudad: *Estado:

*Código postal:

Representante autorizado:

©Wellcare 2025

Información de contacto de emergencia (opcional):

Contacto de emergencia:

Número de teléfono:

Relación con usted:

Su información de Medicare:

*Número de Medicare:

Lea y responda estas preguntas importantes:

*1. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Wellcare Fidelis Dual Align?

☐ Sí ☐ No

*Nombre de la otra cobertura:

*Número de miembro para esta cobertura:

*Número de grupo para esta cobertura:

---

2. ¿Es usted residente de un centro de atención a largo plazo, como un centro de convalecencia?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución:

Dirección de la institución (número y calle):

Ciudad: Estado:

Código postal:

Número de teléfono:

---

*3. Brinde su número de identificación (ID) de Medicaid:

Incluya el número de Medicaid. Si faltan los números de Medicaid, es posible que se retrase el procesamiento de la solicitud y se rechace la solicitud.

©Wellcare 2025

Representante autorizado:

4. ¿Usted o su cónyuge trabajan? ☐ Sí ☐ No

Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos la información en un idioma distinto al inglés o en un formato accesible:

☐ Español ☐ Chino ☐ Coreano ☐ Letra grande ☐ B raille ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Comuníquese con Wellcare Fidelis Dual Align a las **1-866-892-8340** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto de los mencionados anteriormente. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, nuestros representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Tenga en cuenta que, durante los fines de semana y feriados entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, es posible que nuestro sistema telefónico automatizado responda a su llamada. Indique su nombre y número de teléfono y volveremos a llamarle en un (1) día hábil.

Elija un médico de atención primaria (PCP) (nombre y apellido del PCP), una clínica o un centro de salud dentro de la red: Puede encontrar un proveedor en **www.wellcarefindaprovider.com**

N.° de ID Es usted paciente actualmente? ☐ Sí ☐ No

N.º de ID del IPA (Asociación de Médicos Independientes)

NPI del PCP

Nombre de la IPA:

☐ No quiero seleccionar un PCP; prefiero que Wellcare Fidelis Dual Align (HMO D-SNP) lo haga por mí. Entiendo que puedo cambiar mi PCP en cualquier momento si llamo a Servicios al Miembro al **1-866-892-8340**. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

Si no se selecciona un PCP dentro de la red válido o la casilla de verificación de la asignación automática de PCP no está marcada, se le asignará un PCP dentro de la red. La asignación de PCP se puede cambiar en cualquier momento; para ello, llame a Servicios al Miembro al **1-866-892-8340**. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

*Si usted es el representante autorizado, debe firmar y brindar la siguiente información.

¿Quiere que toda la correspondencia se envíe al representante autorizado? ☐ Sí ☐ No

*Nombre:

*Dirección:

©Wellcare 2025

*Ciudad: | | | | | | | | | | | | | | | | | | *Estado: | |

*Código postal: | | | | | |

*Número de teléfono: | | | | | | | | | | |

*Relación con la persona inscrita: | | | | | | | | | |

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en Wellcare Fidelis Dual Align.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que Wellcare Fidelis Dual Align compartirá mi información con Medicare, quien podrá utilizarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para 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 podría afectar su inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA o de la Parte D a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA o de la Parte D (se aplican excepciones para los planes privados de pago por servicio de Medicare Advantage, MA PFFS y de cuentas de ahorros médicos de Medicare Advantage, MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobretura de Wellcare Fidelis Dual Align, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Wellcare Fidelis Dual Align. Se cubrián los beneficios y servicios brindados por Wellcare Fidelis Dual Align que se enumeran en mi documento de "Evidencia de Cobertura" de Wellcare Fidelis Dual Align (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni Wellcare Fidelis Dual Align pagarán por los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- 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.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada por la ley para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y que comprendo su contenido. Si la firma un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:

1. Esta persona está autorizada en virtud de las leyes estatales para completar esta inscripción, y
2. La documentación de esta autoridad está disponible previa solicitud de Medicare.

Al firmar este documento, certifico que, según mi leal saber y entender, toda la información provista es verdadera, completa y exacta. Entiendo que, si se determina que esta información es incorrecta, se podría cancelar la inscripción.

Firma: _____ Fecha de hoy: | | | | | | | | |

M M D D Y Y Y Y

Representante autorizado: | | | | | | | | | | |

©Wellcare 2025

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Por lo general, se puede inscribir en un plan Medicare Advantage únicamente durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período. Si es la primera vez que usa los beneficios de Medicare y han pasado más de 90 días desde que cumplió 65 años, el período especial de inscripción (SEP), indicado con "Soy nuevo en Medicare". NO aplica, así que seleccione a continuación el SEP que le corresponda.

Lea atentamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla que se aplique a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, 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 afirmación que elige requiere una fecha, utilice el siguiente formato: MMDDYYYY

Lea todas las declaraciones a continuación antes de realizar una selección.

1. ☐ Me inscribo en Medicare por primera vez.
   *Seleccione solo si 1. tiene derecho recientemente; 2. está dentro de los 90 días antes O después de cumplir 65 años; 3. es nuevo beneficiario; o 4. es elegible recientemente, pero anteriormente solo recibía Medicare a través de una discapacidad.
   * Si la cobertura de su empleador finalizó recientemente y esta es la primera vez que usa Medicare, seleccione la opción SEP "Dejé la cobertura de mi empleador o sindicato" a continuación.
2. ☐ Período de inscripción anual (AEP) del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.
3. ☐ Tengo la Parte A/D y me inscribí recientemente en la Parte B. Deseo inscribirme en un plan de MA.
4. ☐ Soy nuevo/a en Medicare, y me notificaron sobre recibir Medicare después de que comenzara mi cobertura de la Parte A o la Parte B. Se me avisó el: ☐☐☐☐☐☐☐☐
5. ☐ Tuve Medicare anteriormente, pero pronto cumpliré 65 años.
6. ☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero realizar un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
7. ☐ Me mudé fuera del área de servicios de mi plan actual, o me mudé de forma reciente y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el ☐☐☐☐☐☐☐☐.
8. ☐ Regresé a los EE. UU. después de vivir fuera del país. Regresé el ☐☐☐☐☐☐☐☐.
9. ☐ **Salí de prisión recientemente. Salí en libertad el** ☐☐☐☐☐☐☐☐.
10. ☐ Obtuve el permiso para permanecer legalmente en los Estados Unidos de forma reciente el ☐☐☐☐☐☐☐☐.
11. ☐ Vivo en un centro de atención a largo plazo, como un centro de convalecencia o un hospital de rehabilitación.
    * NOTA: Debe completar el formulario con la información del centro de atención a largo plazo.

©Wellcare 2025
Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

12. ☐ Recientemente salí de un centro de atención a largo plazo, como un centro de convalecencia o un hospital de rehabilitación. *NOTA: Debe completar el formulario con la información del centro de atención a largo plazo.
Salí del centro el ☐☐☐☐☐☐☐☐

13. ☐ Dejé la cobertura de mi empleador o sindicato (incluida la cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria, COBRA) el ☐☐☐☐☐☐☐☐

14. ☐ Perdí otra cobertura de medicamentos distinta de Medicare pero con los mismos beneficios de la cobertura de medicamentos de Medicare (cobertura acreditable), o esa otra cobertura distinta de Medicare cambió y ya no se considera acreditable. Perdí mi cobertura el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

15. ☐ **Mi plan actual no se renovará para el próximo año contractual**
***NOTA: Este SEP solo es válido desde el 12/8 hasta el último día de febrero.**

16. ☐ Perdí la cobertura porque Medicare terminó el contrato con mi plan. Recibí una carta de Medicare donde se indica que puedo inscribirme en otro plan. Fecha de finalización de la cobertura ☐☐☐☐☐☐☐☐.

17. ☐ Di de baja mi cobertura en un plan del Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE). Dejé el programa el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

18. ☐ Perdí mi Plan para personas con necesidades especiales, SNP, porque ya no cumplo los requisitos necesarios para ese plan. Mi inscripción en el SNP se canceló o se cancelará el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

19. ☐ Quiero inscribirme en un plan para personas con necesidades especiales que adapte sus beneficios a mi condición crónica.

20. ☐ Me determinaron no elegible para mi plan de necesidades especiales para afecciones crónicas (CSNP) y deseo inscribirme en otro plan.
Se me avisó el ☐☐☐☐☐☐☐☐

21. ☐ Recientemente hubo cambios en mi situación con Medicaid (comencé a recibir Medicaid, cambió mi nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

22. ☐ Hubo un cambio reciente en la Ayuda Adicional (Extra Help) con respecto al pago de la cobertura de medicamentos (acabo de obtener Ayuda Adicional, cambió mi nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) on ☐☐☐☐☐☐☐☐.

23. ☐ Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan, y quiero escoger un plan distinto. Mi inscripción en este plan inició el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

24. ☐ Formo parte de un Programa estatal de asistencia farmacéutica.

©Wellcare 2025
Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

25. ☐ Estoy por perder la ayuda de un Programa estatal de asistencia farmacéutica
Perdí la asistencia el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

26. ☐ Yo, o la persona en quien confío para tomar decisiones sobre mi atención de salud, he/ha sido afectado/a por una emergencia o un desastre mayor (como lo declaró la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias o el Gobierno federal, estatal o local). Una de las otras afirmaciones de esta página se aplicaba a mi caso, pero no pude hacer la solicitud debido al desastre.
Me perdí el período de inscripción por: ☐

27. ☐ Me estoy inscribiendo en un plan Medicare calificado con 5 estrellas.

28. ☐ **Tengo un plan que ha obtenido una calificación menor de 3 estrellas en los últimos 3 años. Quiero inscribirme en un plan con una calificación de 3 estrellas o más.**

29. ☐ Tengo un plan que ahora está a cargo del Estado debido a problemas financieros (intervención por insolvencia). Quiero inscribirme en otro plan.

30. ☐ Solicité materiales en un formato accesible y no los recibí de manera oportuna. Quiero inscribirme ahora que tuve tiempo de tomar decisiones sobre la inscripción. El formato accesible que solicité anteriormente fue: ☐

* NOTA: Los formatos accesibles incluyen, entre otros, braille, CD de datos, letra grande.

31. ☐ Pago una prima por la Parte A y me registré para la Parte B durante el período general de inscripción (del 1.º de enero al 31 de marzo cada año). Quiero inscribirme en un plan de medicamentos de Medicare (Parte D) o un en plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos.

32. ☐ Me inscribí en la Parte A (seguro hospitalario) o en la Parte B (seguro médico) durante un período de inscripción especial para el cual calificaba debido a una situación excepcional.

33. ☐ Estoy inscrito/a en un plan WellCare/Centene Medicaid y deseo inscribirme en un plan para personas con necesidades especiales y doble elegibilidad (D-SNP) totalmente integrado (FIDE SNP), en un plan D-SNP altamente integrado (HIDE D-SNP) o en un plan integrado aplicable (AIP) de WellCare/Centene.

Si **ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o no sabe, comuníquese con WellcareFidelis Dual Align al 1-844-480-0680 para averiguar si es elegible para inscribirse.** Nuestros horarios de atención son de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

Cuando se inscribe en este plan:

1. Debe acudir a proveedores, proveedores de equipo médico duradero (DME) y farmacias dentro de la red.
2. Usted será inscrito automáticamente en la cobertura de Medicaid (NJ FamilyCare) conforme a nuestro plan y se cancelará su inscripción en cualquier otro plan de Medicaid (NJ FamilyCare) en el que esté inscrito actualmente. Entonces, todos los servicios, artículos y medicamentos cubiertos por Medicaid que precise estarán cubiertos conforme a nuestro plan, y usted deberá obtenerlos de proveedores dentro de la red.
3. Se le inscribirá automáticamente en la cobertura de la Parte D conforme a nuestro plan y automáticamente se cancelará su inscripción en cualquier otro plan de Medicare Part D o de otra cobertura acreditable en el que esté inscrito actualmente.
4. Debe entender y seguir las normas de nuestro plan sobre las remisiones.

©Wellcare 2025

Solo para personas que ayudan a la persona inscrita a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (es decir, agente, corredor, asesor del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), familiar u otro tercero) que está ayudando a una persona inscrita a completar este formulario.

Nombre:_____ Relación con la persona inscrita:_____

Firma:_____ Número de productor nacional (solo agentes/corredores):_____

Solo para uso interno o del representante autorizado:

Con la firma de este documento, certifico que, según mi leal saber y entender, toda la información provista es verdadera, completa y exacta. Entiendo que cualquier tergiversación u omisión puede ser motivo de acción disciplinaria, hasta la terminación de mi nombramiento y del acuerdo como agente. Nombre del miembro del personal/agente/corredor/representante autorizado (si ayudó en la inscripción):

Firma del representante autorizado: _____

Fecha en que se recibió la solicitud: | | | | | | | | |
M M D D Y Y Y Y

Identificación (ID) del representante autorizado: | | | | | | | | | | |

Alcance de la cita Número de verificación: | | | | | | | | | | | |

Número de teléfono del representante autorizado: | | | | | | | | | | |

N.° de ID del plan: H | | | | | | | | | | |

Fecha de entrada en vigor de la cobertura: | | | | | | | | |
M M D D Y Y Y Y

Nombre del plan:

Wellcare Fidelis Dual Align (HMO D-SNP) es un plan para personas con necesidades especiales y doble elegibilidad totalmente integrado o que tiene contrato con Medicare y con el programa New Jersey Medicaid. La inscripción en Wellcare Fidelis Dual Align depende de la renovación del contrato.
Este plan está disponible para aquellos que tienen beneficios de Medicare y los beneficios completos de Medicaid.
Para obtener más información, comuníquese con Wellcare.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, no se debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se calcula que el promedio de tiempo necesario para completar esta información es de 20 minutos por respuesta. Esto incluye el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a esta dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes 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 del Seguro 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 pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Sistema de Aviso de Registros (SORN), "plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", sistema n.° 09-70-0588.
Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar su inscripción en el plan.

©Wellcare 2025