

Formulario de solicitud de inscripción individual para un plan de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)



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



Consulte el estado de su solicitud aquí:
[wellcare.com/applicationtracker](https://www.wellcare.com/applicationtracker)



¿Ha pensado en inscribirse en [go.wellcare.com/PDP](https://www.go.wellcare.com/PDP) en su lugar? Es una manera rápida, segura y fácil de solicitar cobertura.

¿Quién puede usar este formulario?

Los miembros de Medicare que quieran inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

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 de medicamentos recetados de Medicare, también debe contar con alguno de los siguientes seguros, o con ambos:

- 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.º de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber recibido Medicare por primera vez.
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse en un plan o cambiar de planes.

Visite [Medicare.gov](https://www.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 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.
- Su plan le enviará una factura por la prima correspondiente. Puede optar por inscribirse para que el monto de los pagos de las primas se deduzca de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual de Seguro Social (o Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Cuál es el siguiente paso?

Envíe su formulario completado y firmado a la siguiente dirección:

Wellcare
PO Box 31411
Tampa, FL
33631-3411

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

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Wellcare al **1-844-480-0700**. 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 la sección “¿Qué sucede después?” en esta página para enviar su formulario completo al plan.

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

(Tenga en cuenta que es posible que se envíen comunicaciones fuera del "método preferido de contacto")

(No ingrese un apartado postal (PO Box). Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse como su dirección permanente de residencia). Personas sin hogar

*Dirección de residencia permanente:

Condado:

*Ciudad: *Estado:

*Código postal:

*Dirección postal: (únicamente si es diferente de su dirección de residencia permanente; se puede introducir el apartado postal)

* Dirección:

* Ciudad: * Estado:

* Código postal:

Información de contacto de emergencia (opcional):

Contacto de emergencia:

Número de teléfono:

Relación con usted:

Proporcione su información del seguro de Medicare

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

- Complete 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 de Jubilación de Empleados Ferroviarios.

Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare):

* Número de Medicare:

Tiene derecho a:

Fecha de entrada en vigor: (MMDDYYYY)

SEGURO HOSPITALARIO (Parte A)

SEGURO MÉDICO (Parte B)

Debe tener Medicare Part A o Part B (o las dos) para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Representante autorizado:

Pago de la prima de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan 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 de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) cada mes si es elegible.** Si no elige otra forma de pago, recibirá un talonario de cupones para el pago mensual de sus primas.

Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual por ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto adicional directamente a Medicare además de la prima de su plan. NO pague el IRMAA de la Parte D a Wellcare.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar y obtener la Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar los costos de medicamentos recetados. Aunque esté recibiendo la Ayuda Adicional en el presente, es posible que deba volver a solicitar la recertificación. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda Adicional (Extra Help), comuníquese con la Oficina del Seguro Social de su localidad o llame al Seguro Social al **1-800-772-1213**.

Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**. También puede solicitar la Ayuda Adicional en línea en <https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help>.

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 (debe ser un número de 9 dígitos) Número de cuenta

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

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

Tipo de cuenta: Cuenta corriente Cuenta de ahorros

Firma del titular de la cuenta (si no es la persona inscrita): _____

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

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) (si es elegible).

Recibo beneficios mensuales de la siguiente institución:

Seguro Social Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

Las deducciones del Seguro Social o de la RRB pueden tardar dos o tres meses en activarse después de que las aprueben el Seguro Social o la RRB. 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 entrada en vigor de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de débito automático, o la aprueban después de la fecha de entrada en vigor de la inscripción, le enviaremos una factura por sus primas mensuales.

Reciba un talonario de cupones para pagos mensuales de primas.

Nota: También puede pagar las primas de su plan con tarjeta de crédito o por débito bancario (de una cuenta corriente o de ahorros) en lugar de utilizar los cupones mensuales. Para configurar el pago, visite nuestro sitio web go.wellcare.com/PDP o llame a Wellcare al **1-844-480-0700**. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Nuestro horario de atención es de domingo a sábado, de 8 a. m. a 8 p. m. (en todas las zonas horarias).



Lea esta información importante:

Si es miembro de un plan Medicare Advantage (como HMO o PPO), es posible que ya tenga una cobertura de medicamentos recetados de su plan Medicare Advantage que cubra sus necesidades. Si se inscribe en Wellcare, es posible que finalice su membresía en el plan Medicare Advantage. Esto afectará tanto a la cobertura de médicos y hospitales como a la de medicamentos recetados. Lea la información que le envía su plan Medicare Advantage y, si tiene preguntas, comuníquese con su plan Medicare Advantage.

Si actualmente tiene cobertura médica mediante un empleador o sindicato, su inscripción en Wellcare podría afectar los beneficios que recibe de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura médica del empleador o sindicato si se inscribe en Wellcare. Lea los comunicados que le envía su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o comuníquese con la oficina indicada 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 de medicamentos recetados de Medicare, reconozco que Wellcare compartirá mi información con Medicare, quien podrá utilizarla para realizar 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 tener una inscripción 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 MA PFFS y MA MSA).

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

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 un nuevo beneficiario de beneficios; o 4. es elegible por primera vez, pero anteriormente solo recibía Medicare por una discapacidad.
* Si la cobertura de su empleador finalizó recientemente y esta es la primera vez que usa Medicare, seleccione el SEP "Dejó 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. 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
4. Tuve Medicare anteriormente, pero pronto cumpliré 65 años.
5. 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 .
6. Volví a los EE. UU. después de vivir fuera del país. Regresé el .
7. **Salí de prisión recientemente. Salí en libertad el** .
8. Obtuve el estado para permanecer legalmente en los Estados Unidos de forma reciente, el .
9. Dejé la cobertura de mi empleador o sindicato (incluida la cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA)) el .
10. 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 .
11. **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.**
12. 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: .
13. Di de baja mi cobertura en un plan del Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE). Dejé el programa el .
14. Perdí mi plan para personas con necesidades especiales porque ya no cumplo los requisitos necesarios para ese plan. Mi inscripción en el SNP se canceló o se cancelará el .

27. 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.
28. 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.
29. **Vivo en un centro de atención a largo plazo, como un centro de convalecencia o un hospital de rehabilitación. CANCELÉ la inscripción en mi plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos y quiero inscribirme en un plan de medicamentos de Medicare.**
*** Nota: Debe completar el formulario con la información del centro de atención a largo plazo. CANCELÉ mi inscripción el**
30. Vivo en o me mudé de (en los últimos 2 meses) 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. Quiero inscribirme en un plan de medicamentos de Medicare.
31. CANCELÉ la inscripción en un plan de costos que también tenían el beneficio suplementario opcional de la Parte D del plan de costos. Quiero inscribirme en un plan PDP.
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. Tengo cobertura de Medicare y Medicaid, mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare, o bien recibo la Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Quiero inscribirme en un nuevo plan de medicamentos (Parte D).
34. Perdí mi plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos porque perdí la cobertura médica (Parte B). Quiero inscribirme en un plan de medicamentos de Medicare. CANCELÉ la inscripción el

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o no lo sabe con certeza, comuníquese con Wellcare al 1-844-480-0700 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es de domingo a sábado, de 8 a. m. a 8 p. m. (en todas las zonas horarias).

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): _____

Representante autorizado:

