



Formulario de Solicitud de Inscripción Individual para Inscribirse 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 las siguientes coberturas:

- 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 de cada año (para tener 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 permita unirse a un plan o cambiar de plan

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 todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

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 de Jubilación Ferroviaria).

¿Qué ocurre después?

Envíe su formulario completado y firmado a la siguiente dirección:

Wellcare By Allwell
PO Box 10420
Van Nuys, CA
91499-6208

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

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Wellcare By Allwell al **1-866-277-6583**. 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**.



Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que se marquen como opcionales)

Seleccione el plan en el que desea inscribirse:

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)¹ H2134: incluye cobertura de medicamentos recetados

- 001** Condados de Bernalillo, Chaves, Cibola, Curry, Dona Ana, Luna, \$0* por mes
McKinley, Quay, Rio Arriba, Roosevelt, San Juan, Sandoval, Santa Fe,
Taos, Torrance y Valencia, NM

Wellcare Giveback (HMO)² H2134: incluye cobertura de medicamentos recetados

- 002** Condados de Bernalillo, Dona Ana, Rio Arriba, Sandoval, Santa Fe, \$0 por mes
Torrance y Valencia, NM

Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)¹ H2134: incluye cobertura de medicamentos recetados

- 003** Condados de Bernalillo, Chaves, Cibola, Curry, Dona Ana, Luna, \$0* por mes
McKinley, Quay, Rio Arriba, Roosevelt, San Juan, Sandoval, Santa Fe,
Taos, Torrance y Valencia, NM

Wellcare Assist (HMO) H2134: incluye cobertura de medicamentos recetados

- 004** Condados de Bernalillo, Dona Ana, Rio Arriba, Sandoval, Santa Fe, \$32.50 por mes
Torrance y Valencia, NM

Wellcare No Premium (HMO) H2134: incluye cobertura de medicamentos recetados

- 005** Condados de Bernalillo, Dona Ana, Rio Arriba, Sandoval, Santa Fe, \$0 por mes
Torrance y Valencia, NM

Wellcare Patriot No Premium (HMO) H2134: no incluye cobertura de medicamentos recetados

- 006** Condados de Bernalillo, Dona Ana, Rio Arriba, Sandoval, Santa Fe, \$0 por mes
Torrance y Valencia, NM

Wellcare Assist Open (PPO) H9976: incluye cobertura de medicamentos recetados

- 001** Condados de Bernalillo, Chaves, Cibola, Curry, Dona Ana, Luna, \$23.90 por mes
McKinley, Quay, Condados de Rio Arriba, Roosevelt, Sandoval, Santa
Fe, Taos, Torrance y Valencia, NM

Wellcare No Premium Open (PPO) H9976: incluye cobertura de medicamentos recetados

- 002** Condados de Bernalillo, Chaves, Cibola, Curry, Dona Ana, Luna, \$0 por mes
McKinley, Quay, Condados de Rio Arriba, Roosevelt, Sandoval, Santa
Fe, Taos, Torrance y Valencia, NM

Wellcare Low Premium Open (PPO) H9976: incluye cobertura de medicamentos recetados

- 003** Condados de Bernalillo, Chaves, Cibola, Curry, Dona Ana, Luna, \$35 por mes
McKinley, Quay, Condados de Rio Arriba, Roosevelt, Sandoval, Santa
Fe, Taos, Torrance y Valencia, NM

Wellcare Giveback Open (PPO)² H9976: incluye cobertura de medicamentos recetados

- 004** Condados de Bernalillo, Chaves, Cibola, Curry, Dona Ana, Luna, \$0 por mes
McKinley, Quay, Condados de Rio Arriba, Roosevelt, Sandoval, Santa
Fe, Taos, Torrance y Valencia, NM

¹Debe cumplir con los criterios de inscripción específicos para unirse a este plan.

²Se ofrece un paquete complementario opcional con este plan.

*Prima real basada en el estado del Subsidio por Bajos Ingresos.

Y0020_WCM_73839S_C

©Wellcare 2021



Beneficios Complementarios Opcionales para una prima mensual adicional

NOMBRE DEL PLAN	BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS OPCIONALES
Wellcare Giveback (HMO): H2134 – 002	<input type="checkbox"/> Centene Silver 1500 20%, Vision 200 \$28 por mes
Wellcare Giveback Open (PPO): H9976 – 004	<input type="checkbox"/> Centene Silver 1500 20% \$21 por mes

Monto de la prima mensual del plan (incluido el monto de la prima del paquete complementario opcional)

\$

Fecha de vigencia solicitada

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M	M	D	D	A	A	A	A



Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que se marquen como opcionales)

Nombre	Apellido	Opcional: Inicial del segundo nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha nacimiento	Sexo	Número de teléfono
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
M M D D A A A A		

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado de correos)

Ciudad	Opcional: condado	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite un apartado de correos)

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Su información de Medicare:

Número de Medicare	Tiene derecho a:	Fecha de vigencia
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	HOSPITAL (Parte A)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	MÉDICO (Parte B)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		M M D D A A A A
		M M D D A A A A

Responda a estas preguntas importantes:

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

Sí No

Nombre de otra cobertura

Número de miembro para esta cobertura

Número de grupo para esta cobertura

2. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? Sí No

Si la respuesta es "Sí", indique su número de Medicaid a continuación:



IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar tanto el seguro Hospitalario (Parte A) como el seguro Médico (Parte B) para permanecer inscrito en Wellcare.
- Al unirme a este Plan Medicare Advantage, reconozco que Wellcare compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, realizar pagos y con otros fines permitidos por la ley Federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, esto puede afectar la inscripción en el plan.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se anulará mi inscripción en el plan.
- Comprendo que, generalmente, las personas inscritas en Medicare no están cubiertas por Medicare mientras se encuentran fuera del país, excepto en el caso de cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.
- Comprendo que, cuando comience mi cobertura de Wellcare, debo obtener todos los beneficios médicos y de medicamentos recetados proporcionados por 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 esta solicitud. 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.

Fecha de hoy

M	M	D	D	A	A	A	A

Firma

Si usted es el representante autorizado, firme en la línea anterior y complete los siguientes campos:

Nombre

Dirección

Número de teléfono

 - -

Relación con la persona inscrita



Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales

Responder estas preguntas es opcional. No se le puede negar la cobertura por no responderlas.

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

Español

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Braille Letra grande CD de audio

Comuníquese con Wellcare al 1-833-543-0246 (HMO y PPO) o al 1-844-810-7965 (HMO D-SNP) si necesita información en un formato accesible que no sea el que se menciona anteriormente. El horario de atención es el siguiente: entre el 1 de octubre y el 31 de marzo; puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

1. ¿Usted trabaja? Sí No

2. ¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Indique cuál es su Proveedor de Cuidado Primario (PCP), clínica o centro de salud:

Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico.

Seleccione una o más opciones.

Evidencia de Cobertura (EOC)

Envíenme un enlace para recibir los materiales de beneficios en línea

Dirección de correo electrónico:



Pago de las primas de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (y cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o que adeude) por correo postal, “Transferencia Electrónica de Fondos (EFT)” o “tarjeta de crédito” de forma mensual. **También puede optar por pagar su prima por deducción automática de sus beneficios del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB) cada mes.**

Si tiene que pagar un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con Ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan.

Generalmente, la cantidad se toma de su beneficio del Seguro Social, o bien usted puede obtener una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague el IRMAA de la Parte D a Wellcare.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

Seleccione una opción para el pago de la prima:

- Obtener una factura
- Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB). Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB
- (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 aprueba su solicitud de deducción automática, nosotros le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

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 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 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.



SOLO PARA USO INTERNO:

Nombre del miembro del personal/agente/corredor (si ayudó en la inscripción):

N.º de ID del plan: Fecha de vigencia de la cobertura:
M M D D A A A A

Período de Elección de Cobertura Inicial (ICEP)/Período de Inscripción Inicial (IEP)

Período de Inscripción Anual (AEP)

Período de Elección Especial (SEP) (tipo): No elegible

Representante de ventas/agente autorizado de Wellcare

(representante de ventas/agente individual que completó la solicitud)

Tipo de agente (seleccione una opción): Agente autorizado Empleado de Wellcare

Complete la siguiente sección:

Nombre del Representante de ventas/Agente N.º de NPN del Representante de ventas/Agente

Afiliación de la Agencia/FMO: (si corresponde) N.º de ID del agente:

Esta información debe coincidir con sus registros de licencia aprobados de Wellcare.

N.º de teléfono del Agente: - -

Correo electrónico **N.º de teléfono de la Agencia/FMO** (si corresponde) - -

Fecha de recepción de la solicitud del representante de ventas/ agente autorizado:
M M D D A A A A

(Las solicitudes deben recibirse en Wellcare en un plazo de 1 día natural a partir de esta fecha).

Lugar de recepción de la solicitud: Cita Evento de ventas Sin cita previa

Otro (especificar):

Información del proveedor para planes HMO:

Nombre del PCP: NPI del PCP:

Nombre del PPG: ID del PPG:

¿Se acepta el PCP/PPG seleccionado para el plan elegido? Sí No

¿Es un paciente actual? Sí No

Información del médico de elección para planes PPO:

Nombre del POC: POC/PCP NPI:

Dirección del POC:

Fecha de vigencia:
M M D D A A A A

Presentaciones de la Solicitud del Corredor: El representante de ventas/Agente debe enviar por fax los Formularios de Propósito de la Cita y de Inscripción al 1-844-222-3180.



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.

Lea detenidamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración aplica en su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para un Período de Inscripción. Si, posteriormente, determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se anule su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Recientemente, me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual; o bien recientemente me mudé y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente, fui liberado de la cárcel. Fui liberado el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente, regresé a Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de EE. UU. Regresé a EE. UU. el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente, obtuve la condición de presencia legal en Estados Unidos. Obtuve esta condición el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente, tuve un cambio en mi cobertura de Medicaid (mi inscripción en Medicaid es nueva, realicé un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o dejé de tener cobertura de Medicaid) el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente, se produjo un cambio en mi *Ayuda Adicional* que paga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente obtuve *Ayuda Adicional*, se produjo un cambio en el nivel de *Ayuda adicional* o perdí la *Ayuda Adicional*) el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Tengo cobertura de Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare), o bien recibo *Ayuda Adicional* para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he realizado un cambio.
- Estoy a punto de mudarme, estoy viviendo o me mudé recientemente de un Centro de Cuidado a largo plazo (por ejemplo, un centro de convalecencia o centro de cuidado a largo plazo). Me mudé/me mudaré a/del centro el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente, dejé un programa PACE el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A



Recientemente perdí, de forma involuntaria, mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura al menos equivalente a la de Medicare). Perdí mi cobertura de fármacos el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Abandonaré una cobertura del empleador o del sindicato el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica que ofrece mi estado.

Mi plan va a cancelar su contrato con Medicare, o bien Medicare va a cancelar su contrato con mi plan.

Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo escoger un plan distinto. Mi participación en dicho plan comenzó el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

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 (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Me afectó una emergencia o desastre mayor (según la declaración de 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 hacer mi solicitud de inscripción debido al desastre.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con Wellcare al 1-866-277-6583 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para verificar si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es de domingo a sábado, de 8 a.m. a 8 p.m.

Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Sin embargo, para los beneficiarios duales completos, el Estado cubrirá su prima de la Parte B siempre que usted conserve su elegibilidad para Medicaid.

Estos servicios se financian, en parte, con el estado de New Mexico.



