Formulario de solicitud de inscripción individual para un plan Medicare Advantage (Parte C)

N.° de la OMB 0938-1378
Vencimiento: 7/31/2024

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

¿Cuándo se utiliza este formulario?

Puede inscribirse en un plan en las siguientes fechas:

- 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 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 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 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 completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima de este. Puede optar por inscribirse para que el monto de los pagos de primas se deduzca de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual de Seguro Social (o Junta Ferroviaria de Retiro).

¿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 inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

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

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. 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 algún apartado postal, la dirección de algún refugio o alguna clínica, o la dirección en la que recibe su correo (p. ej., cheques del seguro social).

©Wellcare 2022

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni otros documentos con información personal (como reclamaciones, pagos o expedientes médicos) a la Oficina de Aprobación de Informes de la 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 ocurre después?” de esta página para enviar su formulario completado al plan.

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

Seleccione el plan en el que quiere inscribirse:

Wellcare No Premium (HMO) H6446 (incluye cobertura de medicamentos recetados)

☐ **001** Condados de Clark y Nye (NV) $0 por mes

☐ **010** Condados de Carson City, Churchill, Douglas, Lyon, Storey y Washoe (NV) $0 por mes

Wellcare Giveback (HMO) H6446 (incluye cobertura de medicamentos recetados)

☐ **003** Condados de Clark y Nye (NV) $0 por mes

☐ **005** Condados de Carson City, Churchill, Douglas, Lyon, Storey y Washoe (NV) $0 por mes

Wellcare Assist (HMO) H6446 (incluye cobertura de medicamentos recetados)

☐ **011** Condados de Clark y Nye (NV) $7.90 por mes

☐ **013** Condados de Carson City, Churchill, Douglas, Lyon, Storey y Washoe (NV) $9 por mes

Wellcare Dual Access (HMO D-SNP)[1] H6446 (incluye cobertura de medicamentos recetados)

☐ **014** Condados de Clark y Nye (NV) $0 por mes

☐ **016** Condados de Carson City, Churchill, Douglas, Lyon, Storey y Washoe (NV) $0 por mes

Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP) [1] H6446 (incluye cobertura de medicamentos recetados)

☐ **017** Condados de Clark y Nye (NV) $0 por mes

Wellcare No Premium Open (PPO) H8458 (incluye cobertura de medicamentos recetados)

☐ **001** Condados de Clark y Nye (NV) $0 por mes

☐ **003** Condados de Carson City, Churchill, Douglas, Lyon, Storey y Washoe (NV) $0 por mes

Wellcare Patriot Giveback Open (PPO) H8458 (no incluye cobertura de medicamentos recetados)

☐ **002** Condados de Clark y Nye (NV) $0 por mes

[1] Debe cumplir los criterios de inscripción específicos para inscribirse en este plan.

©Wellcare 2022

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

Nombre

Apellido

Opcional: Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento

M M D D Y Y Y Y

Sexo
☐ Hombre
☐ Mujer

N.º de teléfono

–

–

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal)

Ciudad

Opcional: Condado

Estado

Código postal

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

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Su información de Medicare:

N.° de Medicare

Tiene derecho a:

SEGURO HOSPITALARIO (Parte A)

Fecha de entrada en vigor

M M D D Y Y Y Y

SEGURO MÉDICO (Parte B)

Fecha de entrada en vigor

M M D D Y Y Y Y

Responda a estas preguntas importantes:

1. ¿Tendrá alguna otra cobertura para medicamentos recetados (como VA, TRICARE), además de Wellcare? ☐ Sí ☐ No

   Nombre de la otra cobertura

   N.º de miembro para esta cobertura:

   N.º de grupo para esta cobertura:

2. ¿Está usted inscrito en el programa Medicaid estatal? ☐ Sí ☐ No

   Si la respuesta es "sí", proporcione su número de Medicaid:

3. ¿Padece trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica (CHF) o diabetes?

   ☐ Sí ☐ No

©Wellcare 2022

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- 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, 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 solamente puedo estar inscrito en un plan MA a la vez y que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- 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 de suscripción"). Ni Medicare ni Wellcare pagarán por los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no tienen cobertura de Medicare mientras están fuera del país, a excepción de una cobertura limitada en zonas próximas a la frontera con los EE. UU.
- 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 (conforme se describe anteriormente), esta firma certifica que:

  1) Esta persona está autorizada en virtud de las leyes estatales para completar la inscripción.

  2) La documentación de esta autoridad se encuentra disponible a solicitud de Medicare.

Fecha de hoy

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

Firma

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

Nombre

Dirección

N.º de teléfono

– –

Relación con la persona inscrita

©Wellcare 2022

Sección 2: Todos los campos de esta página son opcionales

Usted decide si quiere responderlas. No se le puede negar la cobertura por no completarlas.

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.
☐ No, ni de origen hispano, ni latino ni español ☐ Sí, mexicano, mexicoestadounidense, chicano
☐ Sí, puertorriqueño ☐ Sí, cubano ☐ Sí, de otro origen hispano, latino o español
☐ **Prefiero no responder**

¿A qué raza pertenece? Seleccione todas las opciones que correspondan.
☐ Indígena estadounidense o nativo de Alaska ☐ Indio asiático ☐ Negro o afroamericano
☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guameño o chamorro ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Nativo de Hawái
☐ De otro origen asiático ☐ Nativo de otras islas del Pacífico ☐ Samoano ☐ Vietnamita
☐ Blanco ☐ **Prefiero no responder**

Seleccione una opción si quiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.
☐ Español

Seleccione una opción si quiere que le enviemos información en un formato accesible.
☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio

Comuníquese con Wellcare al 1-844-917-0175 si necesita información en un formato accesible distinto de los indicados anteriormente. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. (en todas las zonas horarias). Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

---

1. ¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No

2. ¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

Indique cuál es su médico de atención primaria (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 mis materiales de beneficios en línea

Dirección de correo electrónico:

©Wellcare 2022

Pago de las primas de su plan

Puede pagar la prima mensual del plan (incluidas las multas por inscripción tardía que deba o tenga que pagar actualmente) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT) o tarjeta de crédito cada mes. **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 por ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D), 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 la siguiente agencia:
☐ Seguro Social ☐ RRB

(La deducción del Seguro Social o la 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 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 una deducción automática, le enviaremos una factura por sus primas mensuales).

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 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 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 puede 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.º 09-70-0588.
Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar su inscripción en el plan.

©Wellcare 2022

SOLO PARA USO INTERNO:

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

N.º de ID del plan:

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

☐ ICEP/IEP ☐ AEP SEP (tipo): ☐ No es elegible

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

Tipo de agente (seleccione uno): ☐ Agente autorizado ☐ Empleado de Wellcare

Complete la sección que sigue:

Nombre del representante de ventas/agente

N.º nacional de productor del agente (NPN) del representante de ventas/agente

Afiliación a agencia/FMO: (si corresponde)

N.º de ID del agente:

Esta información debe coincidir con los registros de licencias 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: (Las solicitudes deben recibirse en Wellcare en un plazo de 1 día calendario a partir de esta fecha). M M D D Y Y Y Y

Lugar de recepción de la solicitud: ☐ Cita ☐ Evento de ventas ☐ Presentación espontánea

☐ Otro (especificar):

©Wellcare 2022

Información sobre los proveedores de los planes HMO:

Nombre del PCP: _____ NPI del PCP: _____

Nombre del PPG: _____ ID del PPG: _____

El plan elegido acepta al PCP/PPG seleccionado? ☐ Sí ☐ No

¿Es su paciente actualmente? ☐ Sí ☐ No

Información sobre el médico elegido para los planes PPO:

Nombre del POC: _____ NPI del POC/PCP: _____

Dirección del POC: _____

Fecha de vigencia: _____ _____ _____
M M D D Y Y Y Y

Envíos de solicitud del corredor: El representante/agente de ventas debe enviar por fax los formularios de alcance de la cita y de inscripción al 1-844-222-3180.

©Wellcare 2022

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 las siguientes declaraciones con cuidado y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. 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.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero realizar un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- ☐ Me mudé de forma reciente 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 (inserte la fecha). M M D D Y Y Y Y
- ☐ Fui liberado de la cárcel de forma reciente. Fui liberado el (inserte la fecha). M M D D Y Y Y Y
- ☐ Regresé hace poco a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el (inserte la fecha). M M D D Y Y Y Y
- ☐ Obtuve el permiso para permanecer legalmente en los Estados Unidos de forma reciente. Obtuve este permiso el (inserte la fecha). M M D D Y Y Y Y
- ☐ 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 (inserte la fecha). M M D D Y Y Y Y
- ☐ Hubo un cambio reciente en la *Ayuda Adicional (Extra Help)* 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 (inserte la fecha). M M D D Y Y Y Y
- ☐ 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 hubo cambios.
- ☐ Me mudaré a un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un centro de convalecencia 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 (inserte la fecha). M M D D Y Y Y Y
- ☐ Dejé el programa PACE hace poco, el (inserte la fecha). M M D D Y Y Y Y

©Wellcare 2022

☐ Recientemente perdí de forma involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (una cobertura equivalente a Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (inserte la fecha).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ Dejaré la cobertura del empleador o sindicato el (inserte la fecha).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

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

☐ Mi plan cancelará su contrato con Medicare, o Medicare cancelará su contrato con mi plan.

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

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ Estaba inscrito en un Special Needs Plan (SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales requerida para permanecer en ese plan. Mi inscripción en el SNP se canceló el (inserte la fecha).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ 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.
No me inscribí en el período correspondiente debido a:

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con Wellcare al 1-844-917-0175 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. (todas las zonas horarias).

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 CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B. Sin embargo, para los beneficiarios duales con beneficios completos, el Estado cubrirá su prima de la Parte B siempre que usted conserve su elegibilidad para Medicaid.

©Wellcare 2022