Formulario de solicitud de inscripción individual de 2026 para inscribirse en un plan Medicare Advantage (Parte C)

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

✓ 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 todos los puntos de la sección 1. Los puntos de la sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

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).

¿Ha pensado en inscribirse en **go.wellcare.com/NV** 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.
- 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 Ferroviaria de Retiro).

¿Cuál es el siguiente paso?

Envíe su formulario completado y firmado a la siguiente dirección:

Wellcare
PO Box 10420
Van Nuys, CA
91410-0420

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

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Wellcare al 1-844-480-0680.
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.

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.

©Wellcare 2025

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 Dual Access (HMO-POS D-SNP)[1]: Incluye cobertura de medicamentos recetados

☐ **H0351-066-000** $0 por mes

Wellcare Simple (HMO-POS): Incluye cobertura de medicamentos recetados

☐ **H0351-067-000** $0 por mes

Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP)[1]: Incluye cobertura de medicamentos recetados

☐ **H0351-068-000** $0 por mes

Wellcare Specialty Simple (HMO-POS C-SNP)[1]: Incluye cobertura de medicamentos recetados/trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardiaca crónica (CHF), diabetes

☐ **H0351-069-000** $0 por mes

Wellcare Simple (HMO-POS): Incluye cobertura de medicamentos recetados

☐ **H0351-070-000** $0 por mes

[1] Debe cumplir determinados requisitos para poder inscribirse en este plan.

©Wellcare 2025

Sección 1: Todos los campos de esta sección 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
☐ Masculino
☐ Femenino

N.º de teléfono

Tipo de teléfono
☐ Casa
☐ Celular

Opcional: Número de teléfono secundario

Tipo de teléfono
☐ Casa
☐ Celular

Opcional: Dirección de correo electrónico:

Opcional: ¿Se siente cómodo/a usando Internet, el correo electrónico o los mensajes de texto por su cuenta? ☐ Sí ☐ No

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

*Tenga en cuenta que las comunicaciones pueden enviarse fuera del "método de contacto preferido" elegido.

Queremos que disfrute su membresía y que comprenda su plan. Denos su(s) número(s) de teléfono y correo electrónico para que le podamos informar sobre el estado de su solicitud. Como miembro, compartiremos con usted información útil, como qué puede esperar, cómo mantenerse saludable, cómo usar beneficios adicionales, cómo encontrar un médico, cómo usar el portal para miembros y otra información importante. Si no está interesado, puede optar por no recibir algunos mensajes de texto y correos electrónicos.

Queremos que esté satisfecho con su plan de Wellcare. Le informaremos si tenemos otros planes mejores para usted a medida que cambien sus necesidades. Solo le informaremos sobre nuestros planes.

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

Dirección de residencia permanente

Ciudad

Opcional: Condado

Estado

Código postal

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

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

©Wellcare 2025

Su información de Medicare:

Número de Medicare

Tiene derecho a:

SEGURO DE HOSPITALARIO (Parte A)

Fecha de entrada en vigor

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

SEGURO MÉDICO (Parte B)

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

Responda estas preguntas importantes:

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

   ☐ Sí ☐ No

   Nombre de otra cobertura

   N.o de miembro para esta cobertura:

   N.o de grupo para esta cobertura:

2. Si se inscribe en un plan D-SNP, proporcione: Número del programa Medicaid estatal:

   Incluya el número de Medicaid para los planes D-SNP. Si faltan los números de Medicaid, es posible que qe produzca un retraso en el procesamiento de la solicitud y posible rechazo de la solicitud.

3. Si se inscribe en un plan C-SNP: ¿Tiene trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica (CHF)? o diabetes? ☐ Sí ☐ No

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 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 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).

©Wellcare 2025

- 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.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si brindo información falsa de manera intencional, se cancelará 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) que tiene autorización conforme a la ley estatal para llevar adelante esta inscripción y

  2) que la documentación que avala dicha autorización estará disponible cuando la solicite Medicare.

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, si se determina que esta información es incorrecta, se podría cancelar la inscripción.

Fecha de hoy

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

Firma

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete los campos a continuación:

Nombre

Dirección

N.º de teléfono

– –

Relación con la persona inscrita

©Wellcare 2025

Sección 2: Todos los campos de esta sección son opcionales

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

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 ☐ CD de datos

Comuníquese con Wellcare al 1-844-480-0680 (TTY: 711) si necesita información en un formato accesible distinto de los indicados anteriormente. Nuestro horario de atención es de domingo a sábado, de 8 a. m. a 8 p. m. (en todas las zonas horarias).

---

1. ¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No

2. ¿Su cónyuge tiene empleo? ☐ Sí ☐ No

3. ¿Es usted residente de un centro de atención a largo plazo, como un centro de convalecencia?
   ☐ Sí ☐ No
   Si responde "Sí", proporcione la siguiente información:

Nombre del centro:

Dirección del centro (número y calle)

Ciudad	Estado	Código postal	N.º de teléfono

Indique su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud dentro de la red:

Puede encontrar un proveedor en wellcarefindaprovider.com

Información del proveedor para planes HMO:

NPI del PCP: ID de PPG:

¿El PCP/PPG seleccionado es aceptado para el plan elegido? ☐ Sí ☐ No

¿Es paciente actualmente? ☐ Sí ☐ No

©Wellcare 2025

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 de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB). Recibo beneficios mensuales de:

☐ El Seguro Social ☐ La RRB

(Las deducciones del Seguro Social/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, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

Solo para las 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 ayuda a una persona inscrita a completar este formulario.

Nombre:_____ Relación con la persona inscrita:_____

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

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 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 2025

SOLO PARA USO DE LA OFICINA:
Al firmar y enviar este documento, certifico que la información aquí proporcionada es verdadera, completa y exacta según mi leal saber y entender. 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 (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)

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

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

Complete la sección a continuación:

Nombre del agente/representante de ventas _____

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

Agencia/afiliación a FMO (si corresponde): _____

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 agente autorizado/representante de ventas: (las solicitudes deben recibirse en Wellcare en el plazo de 1 día calendario a partir de esta fecha): _____ (M M D D Y Y Y Y)

Lugar donde se recibe la solicitud: ☐ Cita ☐ Evento de ventas ☐ Sin cita previa
☐ Otro (especificar): _____

Presentación de solicitudes de corredores: El agente/representante de ventas debe enviar por fax los formularios de alcance de la cita y de inscripción al 1-844-222-3180.

©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 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 luego determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

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

☐ Me inscribo en Medicare por primera vez.
* Seleccione solo si 1. Tiene derecho a Medicare por primera vez; 2. Está dentro de los 90 días antes O después de cumplir 65 años; 3. Es un nuevo beneficiario; o 4. Es recién elegible, pero anteriormente solo recibía Medicare por discapacidad.
* Si la cobertura de su empleador finalizó recientemente y esta es la primera vez que usa Medicare, seleccione el SEP "Dejé la cobertura de mi empleador o sindicato" a continuación.

☐ Período de inscripción anual (AEP) del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.

☐ Tengo la Parte A/D y me inscribí recientemente en la Parte B. Deseo inscribirme en un plan MA.

☐ Me inscribo en Medicare por primera vez, y me notificaron la obtención de Medicare después de que comenzara mi cobertura de la Parte A o Parte B. Se me avisó el (introducir fecha).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ Tuve Medicare anteriormente, pero pronto cumpliré 65 años.

☐ Mi inscripción actual es en un plan Medicare Advantage, y quiero realizar un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).

☐ 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 (introducir fecha).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ Volví a los EE. UU. después de vivir fuera del país el (introducir fecha).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ **Salí de prisión recientemente. Salí en libertad el (introducir fecha).**

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ Recientemente obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este permiso el (introducir fecha).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ 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

☐ 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 (introducir fecha).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

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

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ 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 (introducir fecha).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ **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.**

☐ 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. Mi cobertura terminó el (inserte la fecha).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

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

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ 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 (inserte la fecha).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

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

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

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ Recientemente hubo cambios en mi situación con Medicaid (comencé a recibir Medicaid, cambió mi nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (introducir 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 (acabo de obtener una Ayuda Adicional, cambió mi nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (introducir fecha).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

☐ 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

☐ Formo parte de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica. Los siguientes estados cuentan con un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) calificado: Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin.

☐ Estoy perdiendo la ayuda de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica. Perdí la ayuda el (inserte la fecha).

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y

©Wellcare 2025

☐ Yo, o la persona en quien confío para tomar decisiones sobre mi atención de salud, fui 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: ☐

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

☐ **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.**

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

☐ 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.

☐ Pago una prima por la Parte A y me inscribí 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.

☐ 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.

☐ Estoy inscrito en un plan de Medicaid de WellCare/Centene y deseo inscribirme en un plan integrado completo D-SNP (FIDE SNP), un plan integrado de alta integración D-SNP (HIDE D-SNP) o en un plan integrado aplicable (AIP).

☐ Tengo cobertura para medicamentos de Medicare (Parte D) a través de un plan Medicare Advantage. Quiero unirme a un Plan de salud Medicare diferente que no incluya cobertura de medicamentos, para poder cambiarme a una cobertura de medicamentos acreditable fuera de Medicare. * NOTA: Solo aplica a planes de MA.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o no lo sabe con certeza, comuníquese con Wellcare al 1-844-480-0680 para averiguar si es elegible para inscribirse. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestros horarios de atención son de domingo a sábado, de 8 a. m. a 8 p. m. (en 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 esta dirección: 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 Part B. Sin embargo, el estado cubrirá su prima de la Parte B si usted es beneficiario con doble elegibilidad y beneficios completos, siempre que conserve su elegibilidad para Medicaid.