



# PLANES DE MEDICARE ADVANTAGE DE WELLCARE/'OHANA

## 2017 FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL

### Cómo inscribirse en WellCare/'Ohana

- 1 Lea este formulario de inscripción en su totalidad para asegurarse que comprenda la información.
- 2 Cuando esté listo, llene el formulario de inscripción en su totalidad. Según corresponda, escriba claramente en mayúsculas o coloque una "X" en la casilla correspondiente.
- 3 Cuando haya terminado, no olvide firmarlo y fecharlo.
- 4 Devuelva el formulario llenado y firmado a WellCare/'Ohana a P.O. Box 31392, Tampa, FL 33631-3392 o por fax al 1-866-473-9124.
- 5 Comuníquese con su agente de seguro autorizado si tiene alguna pregunta.

Agente de seguro autorizado: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### 3 otras formas sencillas de inscribirse en WellCare/'Ohana



Llame a WellCare/'Ohana al número de Servicio al Cliente indicado en la parte interior de la cubierta de este formulario.



Inscríbese en línea visitando [www.wellcare.com/medicare](http://www.wellcare.com/medicare) o [www.ohanahealthplan.com/medicare](http://www.ohanahealthplan.com/medicare).



Inscríbese en línea visitando [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).



## ¡Siempre estamos a solo una llamada de distancia!

Si usted está listo para inscribirse o tiene preguntas acerca de la inscripción, llame al 1-866-527-0057. Los representantes están disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.

Si usted ya es un miembro, llame al número de su estado/plan que se lista a continuación.

<b>Arkansas:</b>	WellCare Access, WellCare Liberty.....	1-855-292-0237
	WellCare Advance, WellCare Rx, WellCare Value.....	1-800-316-2273
<b>Connecticut:</b>	WellCare Access.....	1-866-635-7047
	WellCare Rx, WellCare Value .....	1-866-579-8006
<b>Florida:</b>	WellCare Access, WellCare Liberty, WellCare Select.....	1-866-637-8041
	WellCare Dividend, WellCare Essential.....	1-888-888-9355
	WellCare Reserve, WellCare Value.....	1-888-888-9355
<b>Georgia:</b>	WellCare Access, WellCare Liberty.....	1-866-482-3361
	WellCare Advance, WellCare Choice.....	1-866-334-7730
	WellCare Essential, WellCare Value .....	1-866-334-7730
<b>Hawai'i:</b>	‘Ohana Liberty .....	1-877-457-7621
<b>Illinois:</b>	WellCare Access.....	1-866-439-1190
	WellCare Choice, WellCare Plus.....	1-866-334-6876
	WellCare Rx, WellCare Value .....	1-866-334-6876
<b>Kentucky:</b>	WellCare Access, WellCare Liberty.....	1-877-560-3206
	WellCare Value .....	1-877-560-2766
<b>Louisiana:</b>	WellCare Access, WellCare Liberty.....	1-866-530-9488
	WellCare Value .....	1-866-804-5926
<b>Mississippi:</b>	WellCare Access, WellCare Liberty.....	1-855-292-0237
	WellCare Advance, WellCare Essential, WellCare Value.....	1-800-316-2273
<b>New Jersey:</b>	WellCare Liberty .....	1-877-706-9509
	WellCare Value .....	1-866-687-8570
<b>New York:</b>	WellCare Access.....	1-866-482-3363
	WellCare Liberty.....	1-866-491-5746
	WellCare Advance, WellCare Choice, WellCare Essential.....	1-800-278-5155
	WellCare Preferred, WellCare Rx, WellCare Value.....	1-800-278-5155
<b>South Carolina:</b>	WellCare Access.....	1-855-292-0237
	WellCare Advance, WellCare Value.....	1-800-316-2273
<b>Tennessee:</b>	WellCare Access.....	1-855-292-0237
	WellCare Advance, WellCare Dividend .....	1-800-316-2273
	WellCare Rx, WellCare Value .....	1-800-316-2273
<b>Texas:</b>	WellCare Access, WellCare Liberty.....	1-866-530-9495
	WellCare Dividend, WellCare Dividend Prime .....	1-866-687-8878
	WellCare Essential, WellCare Value .....	1-866-687-8878
<b>TTY para todos los anteriores .....</b>		<b>1-877-247-6272</b>
<b>Línea de asesoramiento atendida por enfermeros(as).....</b>		<b>1-800-581-9952</b> (Las 24 horas, los 7 días de la semana)

El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de octubre y el 14 de febrero, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m., o visítenos en cualquier momento en [www.wellcare.com/medicare](http://www.wellcare.com/medicare) o [www.ohanahealthplan.com/medicare](http://www.ohanahealthplan.com/medicare).

This information is available for free in other languages. Please call our Customer Service number at 1-877-374-4056, Monday–Friday, 8 a.m. to 8 p.m. Between October 1 and February 14, representatives are available Monday–Sunday, 8 a.m. to 8 p.m. TTY users should call 1-877-247-6272.

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Por favor llame a nuestro número de Servicio al Cliente al 1-877-374-4056, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de octubre y el 14 de febrero, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-247-6272.

本資訊免費提供其它語言版本。請撥打 1-877-374-4056 與我們的客戶服務部聯繫，服務時間為 週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。在十月 1 日至二月 14 日 之間，代表的服務時間為 <週一至週日>，上午 8 點至晚上 8 點。TTY 用戶請撥打 1-877-247-6272。



# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL A LOS PLANES DE MEDICARE ADVANTAGE DE WellCare/'Ohana 2017

Comuníquese con WellCare/'Ohana si requiere información en otro idioma o formato (braille).

**Para inscribirse en un plan de WellCare/'Ohana, proporcione la siguiente información:**

**Seleccione la casilla para el plan en el que desea inscribirse:** Plan:  WellCare  'Ohana

**Tipo de plan:**  HMO  HMO-POS  HMO SNP \$     al mes

**Nombre del plan:**  Access  Advance  Choice  Dividend  Dividend Prime  Essential  
 Liberty  Reserve  Rx  Select  Value  Plus  Preferred

Sr.  Sra.  Srta. Sexo:  M  F Fecha de nacimiento:          
M M D D A A A A

Apellido:

Nombre:                 Inicial del segundo nombre:

Número de teléfono de la casa:                 Número de teléfono alternativo:

Dirección de correo electrónico (opcional):

Tenga presente que al proporcionar su dirección de correo electrónico, acepta recibir correos electrónicos de nosotros. Le brindaremos la oportunidad de participar y siempre puede excluirse de las comunicaciones por correo electrónico futuras.

Dirección de residencia permanente: (No se permite un apartado postal [P.O. Box])

Condado:

Ciudad:                      Estado:   Código postal:

Dirección postal: (únicamente si es diferente a su dirección de residencia permanente)

Dirección:

Ciudad:                      Estado:   Código postal:

**Proporcione su información del seguro de Medicare:**

Tenga su tarjeta de Medicare a la disposición para llenar esta sección.

- Llene estos espacios en blanco de modo que coincidan con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

- O BIEN -

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.

Debe tener la Parte A y Parte B de Medicare para inscribirse en un plan de Medicare Advantage.

**MEDICARE**



**SEGURO MÉDICO**

**SÓLO UNA MUESTRA**

Nombre:

Número de reclamación de Medicare:

Sexo:

Tiene derecho a: Fecha de vigencia: (MMDDAAAA)

**HOSPITAL (Parte A)**

**MÉDICO (Parte B)**

(Blanco: Copia para la oficina    Amarillo: Copia para el miembro)



## Pago de la prima de su plan

**Si se está inscribiendo en un plan médico con una prima mensual de \$0:** Si determinamos que usted debe pagar una multa por inscripción tardía (o si usted actualmente tiene una multa por inscripción tardía), tenemos que saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo, tarjeta de crédito, pagar por teléfono, 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 se le ha establecido un monto de ajuste anual relevante a ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA), será notificado por la Administración del Seguro Social. Será responsable de pagar este monto adicional además de su prima del plan. El monto será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social o Medicare o la RRB le enviará una factura directamente. NO debe pagar el IRMAA de la Parte D a WellCare/Ohana.

**Si se está inscribiendo en un plan con una prima mensual:** Usted puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda deber) por correo, tarjeta de crédito, pagar por teléfono, o mediante una transferencia electrónica de fondos (EFT) o hacer que sea deducida automáticamente de su cuenta bancaria (de cheques/de ahorros) 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 se le ha establecido un monto de ajuste anual relevante a ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA), será notificado por la Administración del Seguro Social. Será responsable de pagar este monto adicional además de su prima del plan. El monto será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social o Medicare o la RRB le enviará una factura directamente. NO DEBE PAGAR el IRMAA de la Parte D a WellCare/Ohana.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener Ayuda Adicional para pagar sus costos de fármacos con receta. Si usted es elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de sus costos de fármacos, incluidas las primas mensuales de sus fármacos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califiquen no estarán sujetos al intervalo sin cobertura o la multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información acerca de esta Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social, o llame al Seguro Social al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**. También puede solicitar Ayuda Adicional en línea visitando [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si califica para la Ayuda Adicional con sus costos de cobertura del plan de fármacos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de su prima del plan. Si Medicare paga únicamente una parte de esta prima, le facturaremos por el monto que no cubra Medicare. Si no selecciona una opción de pago, recibirá una libreta de cupones para pagar sus primas mensuales.

### Seleccione una opción para el pago de la prima:

Seguro Social       Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB), si es elegible. La deducción del Seguro Social o de la RRB puede requerir dos o más meses para comenzar después de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. 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 aprueban su solicitud de una deducción automática, o aprueban el comienzo de las deducciones después de la fecha de vigencia de la inscripción, le enviaremos una factura por sus primas mensuales.

Reciba una libreta de cupones para los pagos de primas mensuales.

**Nota:** Puede pagar sus primas del plan por tarjeta de crédito, mediante una transferencia electrónica de fondos (EFT), pagar por teléfono, o mediante una deducción automática de su cuenta bancaria (de cheques/de ahorros) en lugar de utilizar los cupones mensuales. Para configurar su pago, visite nuestro sitio web en [www.wellcare.com/medicare](http://www.wellcare.com/medicare) o [www.ohanahealthplan.com/medicare](http://www.ohanahealthplan.com/medicare), o llame al número de Servicio al Cliente indicado en la parte interior de la cubierta de este folleto. Si selecciona la EFT, cuando recibamos su documentación, podría requerir hasta dos meses en efectuarse sus cambios. Siga pagando su factura mensual hasta dicho momento.

## Consentimiento de contacto por teléfono

**Consentimiento para llamadas que no sean de telemercadeo:** Acepto recibir llamadas o mensajes de texto que no sean de telemercadeo del plan médico utilizando un sistema de marcado telefónico automatizado que proporciona información relevante y oportuna sobre la atención y cobertura médica. Estas llamadas pueden ser pregrabadas. Puedo excluirme en cualquier momento llamando al número que figura en la parte posterior de mi tarjeta de identificación. Comprendo que el hecho de otorgar mi consentimiento para recibir llamadas o mensajes de texto no es una condición para recibir los productos o servicios del plan.

Sí (otorgo mi consentimiento)  No (no otorgo mi consentimiento)  Firma: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para llamadas de telemercadeo:** Acepto recibir llamadas telefónicas o mensajes de texto del plan médico en mi teléfono celular utilizando un sistema de marcado telefónico automatizado o una voz pregrabada artificial. Estas llamadas proporcionarán información acerca de nuestros servicios, incluyendo información de mercadeo y consejos para ayudarlo a tomar decisiones de atención médica. Estas llamadas o los mensajes de texto se harán a los números proporcionados en esta solicitud. Puedo excluirme en cualquier momento llamando al número que figura en la parte posterior de mi tarjeta de identificación. Comprendo que el hecho de otorgar mi consentimiento para recibir llamadas o mensajes de texto no es una condición para recibir los productos o servicios del plan.

Sí (otorgo mi consentimiento)  No (no otorgo mi consentimiento)  Firma: \_\_\_\_\_





**Lea y responda estas preguntas importantes:**

1. ¿Tiene la enfermedad renal de etapa final (ESRD)?  Sí  No

Si usted ha tenido un trasplante renal exitoso y/o ya no necesita diálisis de forma regular, **adjunte una nota o los registros** de su médico en los que conste que ha tenido un trasplante renal exitoso o que no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que necesitemos comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. Para los planes MAPD: Algunas personas podrían tener otra cobertura para fármacos, incluidos otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios médicos de empleado federal, beneficios de VA o programas de asistencia farmacéutica estatales.

¿Tendrá alguna otra cobertura para fármacos recetados además de WellCare/‘Ohana?  Sí  No

De responder “sí” indique esta otra cobertura y su número de identificación (ID) para esta cobertura:

Nombre de otra cobertura:

N.º de identificación de esta cobertura:

N.º de grupo de esta cobertura:

3. ¿Es usted residente de un centro de atención a largo plazo, como un hogar de ancianos?  Sí  No

De responder “sí” brinde la siguiente información:

Nombre de la institución:

Dirección y número telefónico de la institución:



4. ¿Está usted inscrito en el programa de Medicaid de su estado?

Sí  No

Si responde “sí”, indique su número de Medicaid:

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan?  Sí  No

**Seleccione UNA casilla para el idioma en el que prefiere recibir información:**

Inglés  Español (sujeto a disponibilidad)  Chino (sujeto a disponibilidad)

**Seleccione la casilla si prefiere recibir información en letra de imprenta grande:**

Comuníquese con WellCare/‘Ohana llamando a Servicio al Cliente al número indicado en la parte interior de la cubierta de este folleto con respecto a la disponibilidad de la información en un formato o idioma diferente al indicado anteriormente.

**Elija un proveedor de cuidado primario (PCP), clínica o centro de salud:** (Nombre y apellido del PCP)



No. de ID

**¿Es usted un paciente actual?**  Sí  No

(Blanco: Copia para la oficina    Amarillo: Copia para el miembro)







## Declaración de elegibilidad para un periodo de inscripción

**Usualmente, se puede inscribir en un plan de Medicare Advantage únicamente durante el periodo de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.** Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes declaraciones con cuidado y elija el casillero si la declaración aplica a usted. Al completar cualquiera de las siguientes casillas usted 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 declaración que elige requiere una fecha, utilice el siguiente formato: MMDDAAAA**

- Soy un nuevo beneficiario de Medicare.
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio para mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el
- Recientemente fui liberado de la cárcel. Fui liberado el
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el
- Recientemente obtuve la condición de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve esta condición el
- Cuento con Medicare y Medicaid o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare.
- Obtengo Ayuda Adicional para pagar la cobertura de fármacos recetados de Medicare.
- Ya no califico para recibir Ayuda Adicional para pagar mis fármacos recetados de Medicare. Dejé de recibir Ayuda Adicional el
- Me estoy mudando a, vivo en, o recientemente me mudé fuera de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos). Me mudé/me voy a mudar a/fuera del centro el
- Recientemente dejé el programa PACE el
- Recientemente perdí en forma involuntaria mi cobertura acreditable de fármacos recetados (cobertura al menos equivalente a Medicare). Perdí mi cobertura de fármacos el
- Estoy dejando la cobertura del empleador o sindicato el
- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia provisto por mi estado o estoy perdiendo/recientemente perdí la participación en tal programa el
- Mi plan está cancelando su contrato con Medicare o Medicare está cancelando su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP) pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para permanecer en ese plan. Mi inscripción en el SNP fue cancelada el

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con WellCare/'Ohana al 1-866-527-0057 para averiguar si usted es elegible para inscribirse. Atendemos de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-247-6272.

(Blanco: Copia para la oficina    Amarillo: Copia para el miembro)



**Información de contacto de emergencia:**

Contacto de emergencia: (opcional)

Número de teléfono: (opcional)  Relación con usted: (opcional)

**Agente de seguro autorizado/Solo uso oficial:**

Nombre del miembro de personal/Agente/Agente de seguro autorizado (si recibió asistencia durante la inscripción):

Firma del agente de seguro autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha en que se recibió la solicitud:   
M M D D A A A A

Iniciales del agente de seguro autorizado:  Identificación del agente de seguro autorizado:

Alcance de la cita N.º de verificación:

Agente de seguro autorizado N.º telefónico:

Verificación de los planes de necesidades especiales (de aplicarse):

N.º de identificación del plan: **H**  Fecha de vigencia de la cobertura:   
M M D D A A A A

ICEP/IEP  AEP  SEP (tipo):   No es elegible  Cancelación de la solicitud

(Blanco: Copia para la oficina    Amarillo: Copia para el miembro)

