OMB n.° 0938-1378
Vence: 7/31/2023

Formulario de solicitud de inscripción individual en un plan Medicare Prescription Drug (Parte D)

¿Quién puede usar este formulario?

Los miembros de Medicare que desean inscribirse en un plan Medicare Prescription Drug

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 Pescription Drug, también debe contar con alguno de los siguientes, o con ambos:

- 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 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 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 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 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 Ferroviaria de Retiro).

¿Qué ocurre después?

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 **1-888-293-5151**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.

O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**.

S4802_PDP_73837S_C
©Wellcare 2021
NA2PDGAPP75419S_0000

Formulario de inscripción individual en el plan Wellcare Medicare Prescription Drug 2022

Comuníquese con Wellcare si requiere información en otro idioma o en formato (Braille).

— Todos los campos señalados con un asterisco (*) son obligatorios. —

Para inscribirse en un plan Wellcare Prescription Insurance, Inc., proporcione la siguiente información:

***Seleccione la casilla del plan en el que desea inscribirse:** ☐ Wellcare Classic

☐ Wellcare Medicare Rx Value Plus ☐ Wellcare Value Script

N.º de ID del plan: S: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ *$☐☐☐.☐☐ por mes

☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta. *Género: ☐ M ☐ F

*Fecha de nacimiento: (MMDDAAAA) ☐☐☐☐☐☐☐☐

*Apellido: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Inicial del segundo nombre: ☐

*Nombre: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*Número de teléfono principal: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Número de teléfono secundario: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Dirección de correo electrónico del beneficiario:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tenga presente que al proporcionar su dirección de correo electrónico, acepta recibir correos electrónicos de nosotros. Le daremos la oportunidad de participar y siempre puede optar por no recibir futuras comunicaciones por correo electrónico.

*Dirección de la residencia permanente: (no introduzca un apartado de correos)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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: ☐☐☐☐☐

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐

©Wellcare 2021

Información de contacto de emergencia (opcional):

Contacto de emergencia:

Número de teléfono:

Parentesco con usted:

Proporcione su información del seguro de Medicare

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

- Rellene 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 Ferroviaria de Retiro.

Nombre (como se muestra en su tarjeta de Medicare):

*Número de Medicare:

Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigencia: (MMDDAAAA)

HOSPITAL (Parte A)

MÉDICO (Parte B)

Debe tener la Parte A o la Parte B de Medicare (o ambas) para inscribirse en un plan Medicare Prescription Drug.

Lea y responda estas preguntas importantes:

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

Sí ☐ No ☐

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

*Nombre de la otra cobertura:

* Número de miembro para esta cobertura:

*Número del grupo para esta cobertura:

---

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

En caso de responder "sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución:

Dirección de la Institución (número y calle):

Ciudad: Estado:

Código postal:

Número de teléfono:

Representante autorizado:

©Wellcare 2021

Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos la información en un idioma distinto al inglés o en un formato accesible:

Español (donde esté disponible) ☐ Tagalo (donde esté disponible) ☐ Ilocano (donde esté disponible) ☐

Samoano (donde esté disponible) ☐ Hawaiano (donde esté disponible) ☐ Letra grande ☐ Braille ☐

CD de Audio ☐

Comuníquese con Wellcare mediante una llamada al 1-**888-293-5151** si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto a los que se indicaron. Nuestro horario de atención es de domingo a sábado, de 8 a.m. a 8 p.m. Los miembros actuales también pueden llamar al número que aparece en su tarjeta de ID de miembro. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

Pago de la prima de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (y cualquier multa por inscripción tardía que quizás deba) 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 Ferroviaria de Retiro (RRB) cada mes.

Si se le ha establecido un monto de ajuste mensual relevante a ingresos (IRMAA) de la Parte D, 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 la RRB o Medicare le enviará una factura directamente. NO pague el monto adicional de la Parte D-IRMAA a Wellcare.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar el 75% o más del costo de los medicamentos, incluidos las primas mensuales de medicamentos de venta con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califiquen no tendrán una interrupción en la cobertura o una multa por inscripción tardía. Incluso si tiene Ayuda Adicional ahora, es posible que necesite volver a solicitar la recertificación. Mucha gente es elegible para estos beneficios y ni siquiera lo sabe. Para obtener más información acerca de esta Ayuda adicional, comuníquese con la 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 **www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp**. Si califica para Ayuda Adicional con sus costos de cobertura del plan Medicare Prescription Drug, 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:

☐ 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: _____

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐

©Wellcare 2021

Número de enrutamiento (incluya el número de 9 dígitos) Número de cuenta

Tipo de Cuenta: ☐ Corriente ☐ De ahorros

Firma del titular de la cuenta: (si no es el afiliado) _____

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

☐ Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB), si es elegible.

Recibo beneficios mensuales de: ☐ Seguro Social ☐ Junta Ferroviaria de Retiro

(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 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: También puede pagar las primas de su plan mediante una tarjeta de crédito o por deducción de su cuenta bancaria (cuenta corriente o de ahorros), en lugar de utilizar los cupones mensuales. Para configurar el pago, visite nuestro sitio web **www.wellcare.com/PDP** o llame a Servicios para Miembros al 1-**888-293-5151**.

STOP Lea esta información importante:

Si es miembro de un plan Medicare Advantage (como HMO o PPO), es posible que ya tenga una cobertura de fármacos recetados de su plan Medicare Advantage que satisfaga sus necesidades. Al inscribirse en Wellcare, puede que se cancele su membresía en el plan Medicare Advantage. Esto afectará su cobertura con el médico y el hospital, así como su cobertura de medicamentos recetados. Lea la información que le envía su plan Medicare Advantage y, si tiene alguna pregunta, comuníquese con su plan Medicare Advantage.

Si en este momento cuenta con una cobertura médica de un empleador o un sindicato, inscribirse en un plan de Wellcare podría afectar los beneficios médicos que recibe del empleador o sindicato. Podría perder la cobertura médica del empleador o sindicato si se inscribe en Wellcare. Lea las comunicaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web, o comuníquese con la oficina señalada en sus comunicaciones. Si no hay ninguna 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.

Representante autorizado:

©Wellcare 2021

Lea y firme:

- Debo conservar la Parte A o la Parte B para permanecer en Wellcare.
- Al inscribirme en este plan Medicare Prescription Drug, reconozco que Wellcare divulgará mi información a Medicare, quien podrá utilizarla a fin de realizar un seguimiento de mi inscripción de beneficiarios para efectuar pagos, y para otros propósitos aplicables a 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 puede afectar la inscripción en el plan.
- 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 las personas con Medicare por lo general no tienen cobertura de Medicare mientras están fuera del país, a excepción de una cobertura limitada a zonas próximas a las fronteras de EE. UU.
- 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 la misma. 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.

Firma: _____ **Fecha de hoy:** ☐☐☐☐☐☐☐☐

M M D D A A A A

***Si usted es el representante autorizado, deberá firmar y proporcionar la siguiente información.**

¿Desea que toda la correspondencia se envíe al representante autorizado? Sí ☐ No ☐

*Nombre: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*Dirección: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*Ciudad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ *Estado: ☐☐

*Código postal: ☐☐☐☐☐ *Número de teléfono: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*Relación con el afiliado: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Declaración de elegibilidad para un periodo de inscripción

Por lo general, es posible inscribirse en un plan Medicare Prescription Drug solo durante el período de inscripción anual, del 15 de octubre al 7 de diciembre. Además, hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Prescription Drug fuera de este período de inscripción anual.

Lea las siguientes declaraciones con cuidado y elija la casilla si la declaración se aplica a usted. Al rellenar 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

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐

©Wellcare 2021

1. ☐ Soy un beneficiario nuevo de Medicare.
Si es nuevo en Medicare debido a la pérdida de cobertura grupal del empleador o de un sindicato, consulte el número 13.

2. ☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).

3. ☐ Me mudé de forma reciente fuera del área de servicio de mi plan actual, o me mudé de forma reciente y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

4. ☐ Fui liberado de la cárcel de forma reciente. Fui liberado el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

5. ☐ Regresé a Estados Unidos de forma reciente después de vivir de forma permanente en el exterior. Regresé a EE. UU. el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

6. ☐ Obtuve la condición de presencia legal en los Estados Unidos de forma reciente. Obtuve esta condición el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

7. ☐ 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 ☐☐☐☐☐☐☐☐.

8. ☐ Hubo un cambio reciente en la Ayuda Adicional 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 ☐☐☐☐☐☐☐☐.

9. ☐ Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare), u obtengo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero hubo cambios.

10. ☐ Vivo en un centro de atención a largo plazo o dejé de vivir en uno de forma reciente (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé o mudaré a un centro o fuera de este el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

11. ☐ Dejé el programa PACE de forma reciente el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

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

13. ☐ Dejaré la cobertura del empleador o sindicato el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

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

15. ☐ Mi plan está cancelando su contrato con Medicare, o Medicare está cancelando su contrato con mi plan.

16. ☐ Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo escoger uno distinto. Mi participación en ese plan comenzó el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐

©Wellcare 2021

17. ☐ 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.

18. ☐ Ya he tenido Medicare, pero pronto cumpliré 65 años.

19. ☐ En los últimos 12 meses, me inscribí en el plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados cuando cumplí 65 años.

20. ☐ Voy a inscribirme en un plan de Medicare de 5 estrellas.

21. ☐ Estoy inscrito en un plan que está en quiebra.

22. ☐ Estoy inscrito en un plan que CMS identificó por tener un desempeño deficiente constante.

23. ☐ Me inscribí en un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados cuando cumplí 65 años. Han pasado menos de 12 meses desde que me inscribí en este plan. Quiero cambiar a Original Medicare, y me inscribiré en un Drug Plan.

24. ☐ Renuncié a un seguro complementario de Medicare (Medigap) cuando me inscribí por primera vez en un plan Medicare Advantage. Han pasado menos de 12 meses desde que renuncié a la póliza de Medigap. Quiero cambiar a Original Medicare para poder recuperar mi póliza de Medigap, y me inscribiré en un Drug Plan (Parte D).

25. ☐ Otro _____

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con Wellcare al 1-**888-293-5151** para averiguar si califica para inscribirse. Estamos abiertos de domingo a sábado, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD Los centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la suscripción de beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o los Planes Prescription Drug (PDP), 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, 422.60, 423.30 y 423.32, 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.° 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Representante autorizado: | | | | | | |

©Wellcare 2021

Para uso exclusivo del representante autorizado o de la oficina:

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

Firma del representante autorizado: _____

Fecha en que se recibió la solicitud: M M D D A A A A

Identificación del representante autorizado:

N.º de verificación del alcance de la cita:

N.° de teléfono del representante autorizado:

N.° de ID del plan: S

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: M M D D A A A A

Nombre del plan:

©Wellcare 2021

Representante autorizado: