

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

N.º de la OMB 0938-1378

Vencimiento: 7/31/2024



¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieren 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 de hospital)
- Medicare Parte B (seguro médico)

¿Cuándo se utiliza este formulario?

Puede inscribirse en un plan en estos momentos:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre cada año (para recibir cobertura a partir del 1.º 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 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 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 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 completo y firmado a la siguiente dirección:

Wellcare
PO Box 31392
Tampa, FL
33631-3392

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

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Wellcare al **1-844-917-0175**. 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**.

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).

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.

Proporcione su información del seguro de Medicare

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

- Complete 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 vigor:

(MMDDYYYY)

SEGURO HOSPITALARIO (Parte A)

SEGURO MÉDICO (Parte B)

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

Lea y responda estas preguntas importantes:

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

Sí No

Si la respuesta es "Sí", indique su otra cobertura y su número de identificación (ID) para esta:

*Nombre de la otra cobertura:

*N.º de miembro para esta cobertura:

*N.º de grupo para esta cobertura:

2. ¿Es usted residente de un centro de atención a largo plazo, como un centro de convalecencia?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución:

Dirección de la institución (número y calle):

*Ciudad: *Estado:

*Código postal: N.º de teléfono:

*3. ¿Está usted inscrito en el programa Medicaid estatal? Sí No

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

4. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

Nombre del banco: _____

N.º de enrutamiento (incluya el número de 9 dígitos)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N.º de cuenta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tipo de cuenta: Corriente De ahorros

Firma del titular de la cuenta: (si no es la persona inscrita) _____

Acepto que esta autorización permanezca vigente hasta que yo comunique por escrito que quiero 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).

Obtengo beneficios mensualmente de: Seguro Social Junta Ferroviaria de Retiro

(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, o aprueban el comienzo de las deducciones después de la fecha de entrada en vigor 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 con 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/medicare, o llame a Wellcare al **1-844-917-0175**. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. (en todas las zonas horarias).



Lea esta información importante:

Para planes MAPD: Si cuenta actualmente con 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 los comunicados que le envía su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o comuníquese con la oficina indicada en sus comunicados. Si no hay 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.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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.

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, 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: MMDDYYYY

1. Soy un nuevo beneficiario de Medicare.
Si usted es nuevo en Medicare debido a la pérdida de cobertura grupal del empleador o de un sindicato, diríjase al número 13.
2. Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
3. 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
4. Fui liberado de la cárcel de forma reciente. Fui liberado el
5. Regresé hace poco a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el
6. Obtuve el permiso para permanecer legalmente en los Estados Unidos de forma reciente. Obtuve este permiso el
7. Recientemente hubo cambios en mi situación con Medicaid (comencé a recibir Medicaid, cambié mi nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el
8. Recientemente hubo cambios en la Ayuda Adicional con respecto al pago de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (acabo de obtener una Ayuda Adicional, cambié mi nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el
9. 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.
10. Estoy por mudarme a un centro de atención a largo plazo, resido actualmente en dicho centro o acabo de salir de uno (por ejemplo, un centro de convalecencia o de atención a largo plazo). Me mudé o mudaré a un centro o fuera de este el
11. Dejé el programa PACE hace poco, el

