

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

OMB No. 0938-1378
Expires: 6/30/2026



¿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 hospitalario)
- Medicare Part 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 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.

Consulte el estado de su solicitud aquí:
www.wellcare.com/applicationtracker



¿Ha pensado en inscribirse en www.wellcare.com 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 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 completo y firmado a la siguiente dirección:

Wellcare
PO Box 31395
Tampa, FL
33631-3395

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

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Wellcare al **1-800-225-8017**. 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 Ley de Reducción de Trámites (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.

[illegible]

Para recibir comunicaciones digitales, marque aquí:

Método de contacto preferido: ☐ Teléfono ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico

* Dirección de la residencia permanente (No ingrese un apartado postal. Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente.): Personas sin hogar

[illegible][illegible]

* Ciudad:

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 * Estado:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

* Código postal:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

[illegible]

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|--|
| * Ciudad: | | | | | | | | | | | | | | | | * Estado: | | |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|--|

* Código postal:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

[illegible][illegible]

Relación con usted:

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:

[illegible]

Cobertura que puede recibir:

Fecha de entrada en vigor:

(MMDDYYYY)

SEGURO HOSPITALARIO (Parte A)

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

SEGURO MÉDICO (Parte B)

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Debe tener Medicare Part A y Part 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 otra cobertura:

[illegible]

* N.º de miembro para esta cobertura:

[illegible]

* N.º de grupo para esta cobertura:

[illegible]

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:

[illegible]

Dirección de la institución (número y calle):

[illegible]

Ciudad:

[illegible]

Estado:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Código postal:

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Número de teléfono:

[illegible]

*3. Proporcione el número del programa Medicaid estatal:

[illegible]

4. ¿Usted o su cónyuge tienen un empleo?

☐ Sí ☐ No

Representante autorizado:

[illegible]

5. ¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No, no tiene origen hispano, latino ni español | <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicoestadounidense, chicano |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Sí, cubano |
| <input type="checkbox"/> Sí, de otro origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
-

6. ¿A qué raza pertenece? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Persona de raza negra o afroamericana |
| Persona asiática: | Persona nativa de Hawái o isleña del Pacífico: |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Nativo de otras islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Persona de raza blanca |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> De otro origen asiático | |
-

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

- | | | | | |
|--|---|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Español (sujeto a disponibilidad) | <input type="checkbox"/> Chino (sujeto a disponibilidad) | | | |
| <input type="checkbox"/> Coreano (sujeto a disponibilidad) | <input type="checkbox"/> Vietnamita (sujeto a disponibilidad) | | | |
| <input type="checkbox"/> Criollo (sujeto a disponibilidad) | <input type="checkbox"/> Ruso (sujeto a disponibilidad) | | | |
| <input type="checkbox"/> Ucraniano (sujeto a disponibilidad) | <input type="checkbox"/> Letra grande | <input type="checkbox"/> Braille | <input type="checkbox"/> CD de audio | <input type="checkbox"/> CD de datos |

del Seguro Social se lo notificará. Deberá pagar este monto extra, además de la prima de su plan. El monto se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, o Medicare o la RRB le enviarán una factura directamente. NO pague el IRMAA de la Parte D a Wellcare. Las personas con ingresos limitados pueden calificar y obtener la Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar los costos de medicamentos recetados. Siempre y cuando sea elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, así como las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califican no estarán sujetas a la etapa sin cobertura ni a la multa por inscripción tardía. Aunque ya tenga la Ayuda Adicional, es posible que deba volver a presentar la solicitud para que le otorguen una nueva certificación. Muchas personas son elegibles para recibir estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre la 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 la Ayuda Adicional en línea: **<https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help>**. Si califica para recibir la Ayuda Adicional para pagar los costos de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, es posible que Medicare pague una parte o la totalidad de la prima de su plan. Si Medicare paga únicamente una parte de esta prima, le facturaremos el monto que no cubra Medicare. Si no elige una forma de pago, recibirá un talonario de cupones para el pago mensual de sus primas.

Seleccione una opción de pago para la prima:

☐ Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria cada mes.

- No tendrá que acordarse de 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: _____
(En letra de imprenta y como aparece el nombre en la cuenta de la que se debitará el dinero).

Nombre del banco: _____

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

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

N.º de cuenta

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Tipo de cuenta: ☐ Cuenta de cheques ☐ 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 mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB) (si es elegible).

Recibo beneficios mensuales de la siguiente institución: ☐ Seguro Social ☐ Junta Ferroviaria de Retiro

Las deducciones del Seguro Social o de 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 débito automático, 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 comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de débito automático, o la aprueban después de la fecha de entrada en vigor de la inscripción, le enviaremos una factura por sus primas mensuales.

☐

Reciba un talonario de cupones para pagos mensuales de primas.

Nota: También puede pagar las primas de su plan con tarjeta de crédito o por débito bancario (de una cuenta corriente o de ahorros) en lugar de utilizar los cupones mensuales. Para configurar el pago, visite nuestro sitio web, www.wellcare.com, o llame a Wellcare al **1-800-225-8017**. Nuestros horarios de atención son de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. (en todas las zonas horarias). Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.



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.

Lea y firme:

- 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, para otros planes y proveedores 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 las personas con Medicare, por lo general, no tienen cobertura de Medicare mientras se encuentren fuera del país, excepto una cobertura limitada en países limítrofes de los EE. UU.

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

- Firma: _____ Fecha de hoy:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |

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

* Relación con la persona inscrita:

NA5WCMAPP58522S SEP2

Si la afirmación que elige requiere una fecha, utilice el siguiente formato: MMDDYYYY

1. ☐ Me inscribo en Medicare por primera vez.
2. ☐ Ya tengo cobertura de la Parte A/D y hace poco me inscribí en la Parte B. Quiero inscribirme en un plan Medicare Advantage (MA).
3. ☐ 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.
4. ☐ Tuve Medicare anteriormente, pero pronto cumpliré 65 años.
5. ☐ Me he inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero realizar un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
6. ☐ 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 .
7. ☐ Volví a los EE. UU. después de vivir fuera del país. Regresé el .
8. ☐ Salí de prisión. Salí en libertad el .
9. ☐ Obtuve el permiso para permanecer legalmente en los Estados Unidos de forma reciente. Obtuve este permiso el .
10. ☐ Vivo en un centro de atención a largo plazo, como un centro de convalecencia o un hospital de rehabilitación. Me mudé al centro el .
11. ☐ Recientemente salí de un centro de atención a largo plazo, como un centro de convalecencia o un hospital de rehabilitación. Salí del centro el .
12. ☐ Dejé la cobertura de mi empleador o sindicato (incluida la cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA)) el .
13. ☐ 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 .
14. ☐ Perdí la cobertura porque mi plan ya no cubre la zona en la que vivo o porque terminó su contrato con Medicare.
15. ☐ 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.
16. ☐ Di de baja mi cobertura en un plan del Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE). Dejé el programa el .

17. ☐ Perdí mi plan para personas con necesidades especiales porque ya no tengo una de las condiciones requeridas para ese plan. Mi inscripción en el SNP se canceló el .
18. ☐ Quiero inscribirme en un plan para personas con necesidades especiales que adapte sus beneficios a mi condición crónica.
19. ☐ Recientemente hubo cambios en mi situación con Medicaid (comencé a recibir Medicaid, cambió mi nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el .
20. ☐ 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 .
21. ☐ Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan, y quiero escoger un plan distinto. Mi participación en ese plan comenzó el .
22. ☐ Participo en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica o perderé la ayuda de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica.
23. ☐ Voy a inscribirme en un plan Medicare de 5 estrellas.
24. ☐ Mi inscripción actual es en un plan con un mal desempeño sostenido conforme a lo determinado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).
25. ☐ Mi inscripción actual es en un plan que está en quiebra.
26. ☐ 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.
27. ☐ 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.
28. ☐ Estuve inscrito/a en un plan de costos que no renueva sus contratos.
29. ☐ 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.

30. ☐ Estoy inscrito/a en un plan WellCare/Centene Medicaid y deseo inscribirme en un plan para personas con necesidades especiales y doble elegibilidad (D-SNP) totalmente integrado (FIDE SNP), en un plan D-SNP altamente integrado (HIDE D-SNP) o en un plan integrado aplicable (AIP) de WellCare/Centene.
31. ☐ Mi inscripción se canceló por una sanción de los CMS. Recibí una carta de Medicare donde se indica que puedo inscribirme en otro plan.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o no lo sabe con certeza, comuníquese con Wellcare al **1-800-225-8017** para averiguar si es elegible para inscribirse. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Nuestros horarios de atención son de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. (en todas las zonas horarias).

Solo para personas que ayudan a la persona inscrita a completar este formulario

Complete esta sección si usted es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), familiares u otros terceros) que ayuda a una persona inscrita a completar este formulario.

Nombre:_____ Relación con la persona inscrita:_____

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

Solo para uso interno o del representante autorizado:

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

[illegible]

Firma del representante autorizado: _____

Fecha de recepción de la solicitud:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |

[illegible][illegible][illegible]

N.º de ID del plan: H

Fecha de entrada en vigor de la cobertura:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | Y | Y | Y | Y |

[illegible][illegible]

Representante autorizado:

[illegible]

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.

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 la sección 1851 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 pueden 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.

Miembros potenciales de planes D-SNP de Louisiana: Para obtener información detallada sobre los beneficios de Louisiana Medicaid, visite el sitio web de Medicaid, <https://ldh.la.gov/medicaid>, o <https://www.louisianahealthconnect.com>. No dude en comunicarse con nosotros si necesita una copia impresa de nuestro Directorio de proveedores de Medicaid.

Miembros de Tennessee D-SNP: Aviso: TennCare no es responsable del pago de estos beneficios, excepto de los montos de costo compartido correspondientes. TennCare no es responsable de garantizar la disponibilidad ni la calidad de estos beneficios. Solo le corresponden a Wellcare Medicare Advantage todos los beneficios que excedan aquellos que Medicare brinda regularmente, y estos no implican un aumento en los beneficios de Medicaid.

Residentes de Washington: “Wellcare” es ofrecido por Wellcare Health Insurance Company of Washington, Inc.
Residentes de Washington: “Wellcare” es ofrecido por Coordinated Care of Washington, Inc.

Miembros potenciales de Texas D-SNP: Para obtener información detallada sobre los beneficios de Texas Medicaid, visite el sitio web de Texas Medicaid, <https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/medicaid-chip-members/starplus>. Para solicitar una copia impresa de nuestro Directorio de proveedores de Medicaid, comuníquese con nosotros.

