

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



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



Consulte el estado de su solicitud aquí:
[wellcare.com/applicationtracker](https://www.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](https://www.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.



¿Ha pensado en inscribirse en [go.wellcare.com/Medicare](https://www.go.wellcare.com/Medicare) 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 31392
Tampa, FL
33631-3392

Una vez que procesen 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**. 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 una casilla 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 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 “¿Qué sucede después?” en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Información de contacto:

Queremos que disfrute de su membresía y que entienda 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 hablaremos de nuestros planes.

Tipo de teléfono: Celular Otro *Número de teléfono principal:

Tipo de teléfono: Celular Otro Número de teléfono secundario:

Dirección de correo electrónico del beneficiario:

Dígale adiós al papel. Muchos documentos del plan están disponibles en formato digital.

Para recibir comunicaciones digitales, marque aquí:

¿Se siente cómodo usando Internet, el correo electrónico o los mensajes de texto por su cuenta?

Sí No

Método de contacto preferido: Llamada Mensaje de texto Correo electrónico

(Tenga en cuenta que es posible que se envíen comunicaciones fuera del método preferido.)

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

* Dirección de residencia permanente:

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:

Ciudad: Estado:

Código postal: Número de teléfono:

3. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

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 (sujeto a disponibilidad) Letra grande Braille CD de audio CD de datos

Comuníquese con Wellcare al **1-844-480-0680** (TTY: **711**) si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto a los que se indicaron. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. (en todas las zonas horarias). Los miembros actuales también pueden llamar al número que aparece en su tarjeta de ID de miembro.

Elija un médico de atención primaria (PCP) (nombre y apellido del PCP), una clínica o un centro de salud de la red: Puede encontrar un proveedor en **www.wellcarefindaprovider.com**.

N.º de ID Es usted paciente actualmente? Sí No

N.º de ID de la IPA NPI del PCP

Nombre de la IPA:

No quiero seleccionar un PCP, prefiero que Wellcare lo haga por mí. Entiendo que puedo cambiar de PCP en cualquier momento llamando al número de Servicios al Miembro que aparece en la tarjeta de ID de miembro de Wellcare.

Si no se selecciona un PCP de la red válido o la casilla de verificación de la asignación automática de PCP no está marcada, se asignará un PCP de la red al beneficiario. La asignación de PCP se puede cambiar en cualquier momento si llama al número de Servicios al Miembro que aparece en la tarjeta de ID de miembro.

Pago de la prima de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan 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 es elegible.** Si no elige otra forma de pago, recibirá un talonario de cupones para el pago mensual de sus primas.

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 go.wellcare.com/OhanaHI o llame a Wellcare al **1-844-480-0680**. 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).



Lea esta información importante:

Para planes de medicamentos recetados de Medicare Advantage (+), 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 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 estar inscrito en un plan de Medicare Advantage, MA o de la Parte D a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de MA o de la Parte D (se aplican excepciones para los planes privados de pago por servicio de Medicare Advantage, MA PFFS y de cuenta de ahorros médicos de Medicare Advantage, MA MSA).
- 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 proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se anulará mi inscripción en el plan.

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

27. Me estoy inscribiendo en un plan Medicare calificado con 5 estrellas.
28. **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.**
29. Tengo un plan que ahora está a cargo del Estado debido a problemas financieros (intervención por insolvencia). Quiero inscribirme en otro plan.
30. 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.
31. Pago una prima por la Parte A y me registré 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.
32. 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.
33. 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 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).

Solo para 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 está ayudando a una persona inscrita a completar este formulario.

Nombre: _____ Relación con la persona inscrita: _____

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

