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**

¿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** 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** 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 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 **1-844-480-0680**. 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.

©Wellcare 2025

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL 2026 PARA PLANES MEDICARE ADVANTAGE

Comuníquese con Wellcare si necesita información en otro idioma o en formato (braille).

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

Para inscribirse en el plan Wellcare Medicare Advantage, proporcione la siguiente información:

***Tipo de plan:** ☐ PPO D-SNP ☐ HMO-POS D-SNP

***Seleccione la casilla para el plan al que quiera inscribirse:**

☐ Wellcare Dual Access
☐ Wellcare Dual Access Open
☐ Wellcare Dual Liberty Sync
☐ Wellcare Dual Liberty Sync Open
☐ Wellcare Dual Reserve

Número de ID del plan: H☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*$☐☐☐.☐☐ por mes
(La multa por inscripción tardía, si corresponde, no está incluida)

Información personal:

☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta. *Apellido: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*Nombre: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Inicial del segundo nombre: ☐

*Sexo: ☐ M ☐ F *Fecha de nacimiento: (MMDDYYYY) ☐☐☐☐☐☐☐☐

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: ☐ Móvil ☐ Otro *Número de teléfono principal: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

©Wellcare 2025

Tipo de teléfono: ☐ Móvil ☐ 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:

Información de contacto de emergencia (opcional):

Contacto de emergencia:

Número de teléfono:

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 de Jubilación de Empleados Ferroviarios.

Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare):

_____

* Número de Medicare:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tiene derecho a:

SEGURO HOSPITALARIO (Parte A)

SEGURO MÉDICO (Parte B)

Fecha de entrada en vigor: (MMDDYYYY)

☐☐☐☐☐☐☐☐

☐☐☐☐☐☐☐☐

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 la otra cobertura:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*Número de miembro para esta cobertura: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

©Wellcare 2025

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*3. Proporcione su número del programa Medicaid estatal:

Incluya el número de Medicaid para los planes para personas con necesidades especiales y doble elegibilidad (D-SNP). Si faltan los números de Medicaid, es posible que se produzca un retraso en el procesamiento de la solicitud y posiblemente en el rechazo de la solicitud.

4. ¿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 domingo a sábado, 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 dentro de la red: Puede encontrar un proveedor en **www.wellcarefindaprovider.com**

N.° de ID Es usted paciente actualmente? ☐ Sí ☐ No

N.° 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.

©Wellcare 2025

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.

Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual por ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto adicional directamente a Medicare además de la prima de su plan. 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. Aunque esté recibiendo la Ayuda Adicional en el presente, es posible que deba volver a solicitar la recertificación. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda Adicional, comuníquese con la Oficina del Seguro Social de su localidad 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 en **https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help**.

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: _____

Número de enrutamiento (incluya el número de 9 dígitos) | N.° de cuenta

☐☐☐☐☐☐☐☐☐ | ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tipo de cuenta: ☐ Cuenta corriente ☐ Cuenta 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 de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) (si es elegible).

Recibo beneficios mensuales de la siguiente institución:

☐ Seguro Social ☐ Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

©Wellcare 2025

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 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 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 **go.wellcare.com/Medicare** 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 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 medicos de Medicare Advantage, MA MSA).

Representante autorizado: | | | | | | | | | | |

- 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.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada por la ley para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que la he leído y que comprendo su contenido. Si firma un representante autorizado (según se describió antes), la firma certifica que:

1) Esta persona está habilitada conforme a la ley estatal para completar esta inscripción.

2) Los documentos que avalan dicha autorización estarán disponibles cuando los solicite Medicare.

Con la firma de este documento, certifico que, según mi leal saber y entender, toda la información provista es verdadera, completa y exacta. Entiendo que, si se determina que esta información es incorrecta, se podría cancelar la inscripción.

Firma: _____ Fecha de hoy: | | | | | | | | | |
M M D D Y Y Y Y

***Si usted es el representante autorizado, debe firmar y brindar la siguiente información.**

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

¿Quiere que las llamadas se dirijan al representante autorizado? ☐ Sí ☐ No

*Nombre:

*Dirección:

*Ciudad: *Estado:

*Código postal:

*Número de teléfono:

*Relación con la persona inscrita:

©Wellcare 2025

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. Si es la primera vez que usa los beneficios de Medicare y han pasado más de 90 días desde que cumplió 65 años, el período especial de inscripción (SEP), indicado con "Soy nuevo en Medicare". NO aplica, así que seleccione a continuación el SEP que le corresponda.

Lea atentamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla que se aplique a 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 afirmación que elige requiere una fecha, utilice el siguiente formato: MMDDYYYY

Lea todas las declaraciones a continuación antes de realizar una selección.

1. ☐ Me inscribo en Medicare por primera vez.
   *Seleccione solo si 1. tiene derecho recientemente; 2. está dentro de los 90 días antes O después de cumplir 65 años; 3. es nuevo beneficiario; o 4. es elegible recientemente, pero anteriormente solo recibía Medicare a través de una discapacidad.
   *Si la cobertura de su empleador finalizó recientemente y esta es la primera vez que usa Medicare, seleccione el SEP "Dejé la cobertura de mi empleador o sindicato" a continuación.
2. ☐ Período de inscripción anual (AEP) del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.
3. ☐ Tengo la Parte A/D y me inscribí recientemente en la Parte B. Deseo inscribirme en un plan MA.
4. ☐ 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. Se me avisó el: ☐☐☐☐☐☐☐☐.
5. ☐ Tuve Medicare anteriormente, pero pronto cumpliré 65 años.
6. ☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero realizar un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
7. ☐ 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 ☐☐☐☐☐☐☐☐.
8. ☐ Volví a los EE. UU. después de vivir fuera del país. Regresé el ☐☐☐☐☐☐☐☐.
9. ☐ **Salí de prisión recientemente. Salí en libertad el** ☐☐☐☐☐☐☐☐.
10. ☐ Obtuve el permiso para permanecer legalmente en los Estados Unidos de forma reciente el ☐☐☐☐☐☐☐☐.
11. ☐ Vivo en un centro de atención a largo plazo, como un centro de convalecencia o un hospital de rehabilitación.
    *NOTA: Debe completar el formulario con la información del centro de atención a largo plazo.

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

©Wellcare 2025

12. ☐ Recientemente salí de un centro de atención a largo plazo, como un centro de convalecencia o un hospital de rehabilitación. *NOTA: Debe completar el formulario con la información del centro de atención a largo plazo.
Salí del centro el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

13. ☐ Dejé la cobertura de mi empleador o sindicato (incluida la cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA)) el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

14. ☐ 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 ☐☐☐☐☐☐☐☐.

15. ☐ **Mi plan actual no se renovará para el próximo año contractual**
***NOTA: Este SEP solo es válido desde el 12/8 hasta el último día de febrero.**

16. ☐ 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. Fecha de finalización de la cobertura ☐☐☐☐☐☐☐☐.

17. ☐ Di de baja mi cobertura en un plan del Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE). Dejé el programa el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

18. ☐ Perdí mi Plan para personas con necesidades especiales, SNP, porque ya no cumplo los requisitos necesarios para ese plan. Mi inscripción en el SNP se canceló o se cancelará el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

19. ☐ Quiero inscribirme en un plan para personas con necesidades especiales que adapte sus beneficios a mi condición crónica.

20. ☐ Me determinaron no elegible para mi plan de necesidades especiales para afecciones crónicas (CSNP) y deseo inscribirme en otro plan.
Se me avisó el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

21. ☐ Recientemente hubo cambios en mi situación con Medicaid (comencé a recibir Medicaid, cambió mi nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

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

23. ☐ Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan, y quiero escoger un plan distinto. Mi inscripción en ese plan inició el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

24. ☐ Formo parte de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica. Los siguientes estados cuentan con un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) calificado: Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin.

25. ☐ Estoy por perder la ayuda de un Programa estatal de asistencia farmacéutica
Perdí la asistencia el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

26. ☐ Yo, o la persona en quien confío para tomar decisiones sobre mi atención de salud, fui afectado/a por una emergencia o un desastre mayor (como lo declaró la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias o el gobierno federal, estatal o local). Una de las otras afirmaciones de esta página se aplicaba a mi caso, pero no pude hacer la solicitud debido al desastre.
Me perdí el período de inscripción por: ☐

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. ☐ 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.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o no lo sabe con certeza, comuníquese con Wellcare al 1-844-480-0680 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si es elegible para inscribirse. 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):_____

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

©Wellcare 2025

Solo para uso interno o del representante autorizado:

Con la firma de este documento, certifico que, según mi leal saber y entender, toda la información provista es verdadera, completa y exacta. Entiendo que cualquier tergiversación u omisión puede ser motivo de acción disciplinaria, hasta la terminación de mi nombramiento y del acuerdo como agente.

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

Firma del representante con licencia: _____

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

ID del representante autorizado:

Alcance de la cita Número de verificación:

N.° de teléfono del representante autorizado:

N.° de ID del plan: H

Fecha de entrada en vigor de la cobertura:
M M D D Y Y Y Y

Nombre del plan:

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 los artículos 1851 y 1860D-1 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 puede 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.

"Wellcare" es ofrecido por Coordinated Care of Washington, Inc., una subsidiaria de Centene Corporation.

"Wellcare" es ofrecido por WellCare Health Insurance Company of Washington, Inc., una subsidiaria de Centene Corporation.