



2020

WellCare/‘Ohana//WellCare TexanPlus Planes de Medicare Advantage Formulario de Inscripción Individual

Cómo Inscribirse en Nuestros Planes

- 1 | Lea este formulario de inscripción en su totalidad para asegurarse de que comprenda la información.
Una solicitud incorrecta o incompleta puede causar una demora o un rechazo de la cobertura.
- 2 | Cuando esté listo, complete todo el formulario de inscripción. Según corresponda, escriba claramente en mayúsculas o coloque una “X” en la casilla correspondiente.
- 3 | Cuando haya terminado, no olvide firmarlo y fecharlo.
- 4 | Devuelva el formulario completo y firmado de una de las siguientes maneras:
 - Por fax al **1-866-473-9124**, o
 - Por correo postal a **P.O. Box 31392, Tampa, FL 33631-3392**, o
 - Usando el sobre de respuesta de negocios con porte pagado si se incluye uno.
- 5 | Ante cualquier consulta, comuníquese con un Representante Autorizado.
Representante Autorizado: _____
Teléfono: (____) ____ - _____

Otras Formas Sencillas de Inscribirse en WellCare/‘Ohana/WellCare TexanPlus

-  Llame a su plan al número de Servicio al Cliente indicado en la parte interior de la portada de este formulario.
-  Inscribese en línea en www.wellcare.com/medicare o www.ohanahealthplan.com/medicare.





¡Siempre estamos sólo a una llamada telefónica!

Si está listo para inscribirse o si tiene alguna pregunta sobre la inscripción, llame al **1-866-999-3945** (California), al **1-800-265-8171** (Hawaii), al **1-866-556-4607** (Texas*), al **1-866-245-4143** (Texas) o al **1-866-527-0056** (todos los demás estados).
Los representantes están disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.

Si usted ya es un miembro, llame al número de su estado/plan en la siguiente lista.

California	HMO, HMO D-SNP	1-866-999-3945
Hawaii:	HMO	1-888-505-1201
	HMO D-SNP	1-877-457-7621
Illinois†	HMO, HMO-POS, HMO C-SNP	1-833-444-9088
Illinois††, Indiana, Michigan y Ohio	HMO, HMO-POS, HMO-POS C-SNP, HMO-POS D-SNP	1-877-902-6784
Texas*	HMO	1-866-230-2513
Todos los demás estados	HMO, HMO C-SNP, HMO-POS, HMO-POS C-SNP, PPO, PFFS	1-833-444-9088
	HMO D-SNP, HMO-POS D-SNP, PPO D-SNP	1-833-444-9089

Horario de atención

Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m.,

Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., o

visítenos en cualquier momento en www.wellcare.com/medicare o www.ohanahealthplan.com/medicare

TTY para todos los anteriores 711

† Nombres de los planes correspondientes en Illinois: WellCare Advance (HMO-POS), WellCare Choice (HMO-POS), WellCare Guardian (HMO C-SNP), WellCare Rx (HMO), WellCare Plus (HMO), WellCare Value (HMO-POS)

†† Nombres de los planes correspondientes en Illinois: WellCare Edge (HMO), WellCare Essential (HMO), WellCare Essential (HMO-POS), WellCare Exclusive (HMO), WellCare Explore (HMO-POS)

* Nombre del plan correspondiente en Texas: City of Houston Group Retirees (HMO)

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL EN LOS PLANES DE MEDICARE ADVANTAGE 2020

Comuníquese con WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus si necesita información en otro idioma o formato (Braille).

Para Inscribirse en un Plan de WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus Proporcione la Siguiete Información:

Seleccione la casilla para el plan en el que desea inscribirse: Plan: WellCare 'Ohana WellCare TexanPlus

Tipo de Plan: HMO HMO-POS HMO C-SNP HMO D-SNP HMO-POS C-SNP HMO-POS D-SNP
 PPO PPO D-SNP \$ por mes

Nombre del Plan: Absolute Access Advance Today's Options Classic Today's Options Advantage 300
 Today's Options Advantage Plus 150A Today's Options Advantage Plus 550B Today's Options Advantage Plus 750B
 Baton Rouge Preferred Best Champion Choice Classic Compass Dividend
 Dividend Prime Edge Element Elite Elite Smile Essential Essential Smile Exclusive Explore
 Extra Extra Plus Extra Smile Flex Complete Freedom Focus Guardian Imperial Liberty
 Pinnacle Plus Preferred Premier Prime Reserve Rx Select Star Value

N.º de ID del Plan: H:

Sr. Sra. Srta. Sexo: M F Fecha de Nacimiento: (MMDDAAAA)

Apellido: Inicial del Segundo Nombre:

Nombre: Número de Teléfono Principal:

Número de Teléfono Alternativo (Opcional):

Dirección de Correo Electrónico (Opcional):

Tenga presente que, al proporcionar su dirección de correo electrónico, acepta recibir correos electrónicos de nosotros. Le daremos la oportunidad de aceptar. Podrá cesar esta suscripción de correos electrónicos en cualquier momento.

Dirección de Residencia Permanente: (no se permite un apartado postal [P.O. Box])

Condado:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Dirección Postal: (únicamente si es diferente a su Dirección de Residencia Permanente)

Dirección:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Representante Autorizado:

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 disposición para llenar esta sección.

- Llene esta información como se muestra en su tarjeta de Medicare.
- O BIEN -
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o 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:

HOSPITAL (Parte A)

PLAN MÉDICO (Parte B)

Fecha de Vigencia: (MMDDAAAA)

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

Lea y Responda estas Preguntas Importantes:

1. ¿Tiene enfermedad renal de etapa final (end-stage renal disease, ESRD)? Sí No

Si usted ha tenido un trasplante renal exitoso y/o ya no necesita diálisis de forma regular, **adjunte una nota o los registros** de su médico en los que conste que ha tenido un trasplante renal exitoso o que no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que necesitemos comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. Para los Planes MAPD: Algunas personas podrían tener otra cobertura para fármacos, incluidos otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios de salud de empleo federal, beneficios de la VA o Programas de Asistencia Farmacéutica Estatales.

¿Tendrá alguna otra cobertura para fármacos con receta además de la de WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus? Sí No

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

Nombre de otra cobertura:

N.º de ID de esta cobertura:

N.º de grupo de esta cobertura:

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

Si la respuesta es "sí", indique la siguiente información:

Nombre de la Institución:

Dirección de la Institución (número y calle):

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Número de Teléfono:

Representante Autorizado:

Pago de su Prima Mensual

Si se está inscribiendo en un plan de salud con una prima mensual de \$0: Si determinamos que usted debe pagar una multa por inscripción tardía (o si usted actualmente tiene una multa por inscripción tardía), tenemos que saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo postal, tarjeta de crédito, pago telefónico o Transferencia Electrónica de Fondos (Electronic Funds Transfer, 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 (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes, si es elegible. Si se le ha establecido un Monto de Ajuste Mensual Relevante a Ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA), 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 Medicare o la RRB le enviará una factura directamente. NO debe pagar el IRMAA de la Parte D a WellCare/Ohana/WellCare TexanPlus. **Si se está inscribiendo en un plan con una prima mensual: Puede pagar la prima mensual de su plan (y cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o 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 es elegible. Si se le ha establecido un Monto de Ajuste Mensual Relevante a Ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA), 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 Medicare o la RRB le enviará una factura directamente. NO debe pagar el IRMAA de la Parte D a WellCare/Ohana/WellCare Texan Plus. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener Ayuda Adicional para pagar sus costos de fármacos con receta. Si usted es elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de los fármacos, incluidas las primas mensuales de los fármacos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califiquen no estarán sujetos al intervalo sin cobertura o la multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información acerca de esta Ayuda Adicional, comuníquese con su 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 línea en **www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp**. Si califica para la Ayuda Adicional con sus costos de cobertura del plan de fármacos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de su prima del plan. Incluso si ahora tiene Ayuda Adicional, es posible que tenga que volver a solicitarla luego. 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 un libro 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 necesitará recordar enviar un cheque cada mes.
- El dinero se debitará automáticamente de su cuenta entre el día 15 y el día 20 de cada mes.
- Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta: _____
(Escriba el nombre tal cual aparece en la cuenta a ser debitada).

Nombre del banco: _____

Número de Ruta	Número de Cuenta	Tipo de Cuenta:
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Caja de ahorro

Firma del titular de la cuenta: (si es diferente al afiliado) _____

Estoy de acuerdo en que esta autorización estará en vigencia hasta que yo proporcione una notificación por escrito para finalizar este 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

(Una vez que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción, puede tardar dos o tres meses en realizarse. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta la solicitud de una deducción automática, la primera deducción de su cheque de prestaciones del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba la solicitud de una deducción automática, o aprueba el comienzo de las deducciones después de la fecha de vigencia de la inscripción, le enviaremos una factura por sus primas mensuales).

Reciba un libro de cupones para los pagos de primas mensuales.

Nota: También puede pagar las primas de su plan con una tarjeta de crédito o por una deducción automática de su cuenta bancaria (cuenta corriente/caja de ahorro) en lugar de utilizar los cupones mensuales. Para configurar su pago, visite nuestro sitio web en **www.wellcare.com/medicare** o **www.ohanahealthplan.com/medicare** o llame al número de Servicio al Cliente indicado en la parte interior de la portada.

Representante Autorizado:



Lea esta Información Importante:

Para los Planes MAPD: Si actualmente usted cuenta con una cobertura médica de un empleador o sindicato, inscribirse en un plan de WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus podría afectar los beneficios médicos que tiene con el empleador o sindicato. Si se inscribe en WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus, podría perder su cobertura médica con el empleador o sindicato. 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.

Lea y Firme:

Al llenar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente: 'Ohana Health Plan, un plan ofrecido por WellCare Health Insurance of Arizona, Inc. WellCare Health Plans, Inc., es un plan HMO, PPO, PFFS con un contrato con Medicare. Nuestros D-SNP tienen contratos con programas estatales de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato. Tendré que conservar mi Parte A y Parte B de Medicare. Solamente puedo estar en un plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan médico de Medicare o Plan de Fármacos con Receta de Medicare. Es mi responsabilidad informar a WellCare sobre cualquier cobertura de fármacos con receta que tenga o pueda tener más adelante. **(Planes de MA solamente:** entiendo que si no tengo la cobertura de fármacos con receta de Medicare u otra cobertura acreditable (al menos equivalente a la de Medicare), tal vez deba pagar una multa por inscripción tardía si me inscribo en la cobertura de fármacos con receta de Medicare en el futuro.) La inscripción en este plan generalmente es por todo el año. Después de inscribirme, puedo abandonar este plan o hacer cambios solo durante ciertas épocas del año, cuando esté disponible un período de inscripción, (por ejemplo, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o bajo ciertas circunstancias especiales. WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus presta servicios en un área de servicio específica. **Si me mudo fuera del área donde WellCare, 'Ohana, WellCare TexanPlus presta servicios, debo notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área.** Una vez que sea miembro de WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus, tengo el derecho a apelar las decisiones del plan sobre el pago o los servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de Cobertura de WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus cuando lo reciba para conocer las reglas que debo seguir a fin de recibir cobertura con este plan de Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare generalmente no tienen cobertura bajo Medicare mientras están fuera del país, con la excepción de una cobertura limitada a zonas próximas a la frontera de los EE. UU. **Para Planes que No Sean PPO:** Entiendo que, a partir de la fecha en que comienza mi cobertura de WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus, debo obtener todos los servicios de atención médica con WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus, a excepción de servicios de emergencia, de urgencia o servicios de diálisis fuera del área. **Para Planes que Solo Sean PPO:** Entiendo que, a partir de la fecha en que comienza la cobertura de WellCare, usar los servicios que se ofrecen dentro de la red puede costar menos que usar los servicios que se ofrecen fuera de la red, excepto para los servicios de emergencia, de urgencia o de diálisis fuera del área. En el caso de ser necesario desde el punto de vista médico, WellCare proporciona reembolsos para todos los beneficios que se encuentran cubiertos, incluso si los servicios se prestan fuera de la red. **TODOS LOS PLANES:** Se cubrirán los servicios autorizados por WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus y otros servicios incluidos en el documento de Evidencia de Cobertura de WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus (también conocido como contrato del miembro o acuerdo con el suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI WELLCARE/'OHANA/WELLCARE TEXANPLUS PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.** Comprendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, corredor u otro individuo empleado o contratado por WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus, este podrá recibir un pago basado en mi inscripción en WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus. **Divulgación de Información:** Al inscribirme en este plan médico de Medicare, reconozco que WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus divulgará mi información a Medicare, y a otros planes y proveedores conforme sea necesario para los tratamientos, el pago y la atención médica. También reconozco que WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus divulgará mi información (incluidos mis datos sobre acontecimientos relevantes a fármacos con receta) a Medicare, que podrá divulgarla para fines de investigación u otros que cumplan con todas las leyes y reglamentaciones federales aplicables. 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. Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre conforme a las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si la firma un individuo autorizado (conforme se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona tiene autorización conforme a la ley estatal para llenar esta inscripción y 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

Declaración de Elegibilidad para un Período de Inscripción

Típicamente, se puede inscribir en un plan de 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 de Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes declaraciones con cuidado y elija la casilla si la declaración aplica a usted. Al llenar 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: MMDDAAA

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, consulte el número 13.

Representante Autorizado:

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

2. Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
3. Recientemente me mudé fuera del área de servicio para mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el
4. Recientemente fui liberado de la cárcel. Fui liberado el
5. Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el
6. Recientemente obtuve la condición de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve esta condición el
7. Hice un cambio recientemente en mi cobertura de Medicaid (recién obtuve Medicaid, realicé un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid, o perdí la cobertura de Medicaid) el
8. Hace poco tuve un cambio en la Ayuda Adicional para el pago de la cobertura de fármacos con receta de Medicare (recién obtuve la Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de la Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el
9. Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o cuento con Ayuda Adicional para el pago de mi cobertura de fármacos con receta de Medicare, pero no tuve ningún cambio.
10. Me mudo a, vivo en o recientemente me mudé fuera de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o centro de atención a largo plazo). Me mudé o mudaré al centro o fuera del centro el
11. Recientemente dejé el programa PACE el
12. Recientemente perdí de forma involuntaria mi cobertura acreditable de fármacos con receta (cobertura al menos equivalente a Medicare). Perdí mi cobertura de fármacos el
13. Dejaré la cobertura de empleador o sindicato el
14. Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica brindado por 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 quiero elegir otro plan. Mi inscripción en ese plan comenzó el
17. Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP), pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para permanecer en ese plan. Mi inscripción en el SNP fue cancelada el
18. Fui afectado por una emergencia climática o un desastre significativo (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de las Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA]). Una de las otras declaraciones aquí mencionadas se aplica a mí, pero no pude hacer mi inscripción debido al desastre natural.
19. Otro _____

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso o usted no está seguro, comuníquese con WellCare/‘Ohana/WellCare TexanPlus al **1-866-527-0056** para averiguar si usted es elegible para inscribirse. Atendemos de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

Representante Autorizado:

