

Inscripción Individual Formulario de Solicitud para Inscribirse en un Plan Medicare Advantage (Parte C)



¿Quién puede usar este formulario?

Los miembros de Medicare que deseen inscribirse en un Plan Medicare Advantage

Para inscribirse en un plan, debe cumplir con estos requisitos:

- Ser ciudadano estadounidense o haber legalizado su presencia en los EE. UU.
- Residir en el área de servicio del plan

Importante: Para inscribirse en un Plan Medicare Advantage, también debe contar con las siguientes partes:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte 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 de cada año (para recibir cobertura a partir del 1 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 o cambiar de plan

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 todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales. No se le puede negar la cobertura por no completarlas.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), debe enviar al plan el formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima de este. Puede optar por inscribirse para obtener los pagos de las primas deducidos de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta Ferroviaria de Retiro).

¿Qué ocurre después?

Envíe su formulario completado y firmado a la siguiente dirección:

Wellcare By Health Net
PO Box 10420
Van Nuys, CA
91499-6208

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

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Wellcare By Health Net al **1-866-277-6583**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.

O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**.



Sección 1 – Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que se indiquen como opcionales)

Seleccione el plan al que desea unirse:

Wellcare Premium Ultra (HMO)² H0562 – incluye cobertura de medicamentos recetados

- 009** Condados de Alameda, Amador, Contra Costa, San Francisco y Stanislaus, CA \$121 por mes
- 084** Condados de Placer y Sacramento, CA \$165 por mes

Wellcare No Premium (HMO)² H0562 – incluye cobertura de medicamentos recetados

- 012** Condados de Imperial y San Diego, CA \$0 por mes
- 090** Condado de Fresno, CA \$0 por mes
- 103** Condados de Amador, Contra Costa y Yolo, CA \$0 por mes
- 124** Condados de Placer y Sacramento, CA \$0 por mes

Wellcare Premium Enhanced (HMO)² H0562 – incluye cobertura de medicamentos recetados

- 039** Condado de Yolo, CA \$100 por mes

Wellcare Patriot Giveback (HMO)² H0562 – no incluye cobertura de medicamentos recetados

- 044** Condados de Alameda, Amador, Contra Costa, Los Angeles, Placer, Riverside, Sacramento, San Bernardino y Stanislaus, CA \$0 por mes

Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562 – incluye cobertura de medicamentos recetados

- 079** Condados de Fresno, Kern y Madera, CA \$0 por mes

Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)¹ H0562 – incluye cobertura de medicamentos recetados/Trastornos Cardiovasculares, Insuficiencia Cardíaca Crónica (CHF) y Diabetes

- 092** Condados de Kern, Los Angeles y Orange, CA \$0 por mes
- 118** Condados de Fresno y San Francisco, CA \$0 por mes

Wellcare No Premium (HMO) H0562 – incluye cobertura de medicamentos recetados

- 097** Condado de San Francisco, CA \$0 por mes
- 113** Condado de Alameda, CA \$0 por mes
- 120** Condados de Santa Clara y Stanislaus, CA \$0 por mes
- 125** Condados de Los Angeles y Orange, CA \$0 por mes
- 126** Condados de Riverside y San Bernardino, CA \$0 por mes

¹Debe cumplir con los criterios de inscripción específicos para unirse a este plan.

²Se ofrece un paquete suplementario opcional con este plan.



Sección 1 – Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que se indiquen como opcionales)

Seleccione el plan al que desea unirse:

Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP)^{1,2} H0562 – incluye cobertura de medicamentos recetados/Trastornos Cardiovasculares, Insuficiencia Cardíaca Crónica (CHF) y Diabetes

114 Condado de San Diego, CA \$0 por mes

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)¹ H0562 – incluye cobertura de medicamentos recetados

121 Condados de Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Francisco y Tulare, CA \$0* por mes

Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562 – incluye cobertura de medicamentos recetados

122 Condados de Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, Santa Clara y Stanislaus, CA \$33.20 por mes

Wellcare Low Premium (HMO)² H0562 – incluye cobertura de medicamentos recetados

123 Condados de Los Angeles, Orange, Riverside y San Bernardino, CA \$18 por mes

Wellcare Assist (HMO) H0562 – incluye cobertura de medicamentos recetados

127 Condados de Amador, Contra Costa, Fresno, Madera y Santa Clara, CA \$27.90 por mes

Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP)¹ H3561 – incluye cobertura de medicamentos recetados

001 Condados de Alameda, Amador, Fresno, Imperial, Madera, Placer, Sacramento y Stanislaus, CA \$0* por mes

Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561 – incluye cobertura de medicamentos recetados

002 Condados de Alameda, Fresno, Imperial, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Francisco y Tulare, CA \$33.20 por mes

Wellcare No Premium Open (PPO) H7360 – incluye cobertura de medicamentos recetados

001 Condados de Amador y Sutter, CA \$0 por mes

¹Debe cumplir con los criterios de inscripción específicos para unirse a este plan.

²Se ofrece un paquete suplementario opcional con este plan.

*Prima real basada en el estado del Subsidio por Bajos Ingresos.



Beneficios Suplementarios Opcionales para una prima mensual adicional

NOMBRE DEL PLAN	BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS OPCIONALES
Wellcare Premium Ultra (HMO) – H0562 – 009	<input type="checkbox"/> Centene Enhanced Dental & Fit Plus \$25 por mes
Wellcare Premium Enhanced (HMO) – H0562 – 039 Wellcare Premium Ultra (HMO) – H0562 – 084	<input type="checkbox"/> Vision 300, 36 CAM Visits \$12 por mes
Wellcare No Premium (HMO) – H0562 – 012, 090, 103, 124 Wellcare Patriot Giveback (HMO) – H0562 – 044 Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP) – H0562 – 114 Wellcare Low Premium (HMO) – H0562 – 123	<input type="checkbox"/> Centene Enhanced Dental \$10 por mes

Monto de la prima mensual del plan (incluido el monto de la prima del paquete suplementario opcional)

\$

Fecha de entrada en vigor solicitada

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M	M	D	D	A	A	A	A



Sección 1 – Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que se indiquen como opcionales)

Nombre Apellido Opcional: Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento Sexo Masculino Femenino Número de teléfono - -

M M D D A A A A

Dirección de residencia permanente (No anote un apartado de correos)

Ciudad Opcional: Condado Estado Código postal

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite anotar un apartado de correos) Dirección

Ciudad Estado Código postal

Su información de Medicare:

Número de Medicare Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigor

HOSPITAL (Parte A) M M D D A A A A

MÉDICO (Parte B) M M D D A A A A

Responda estas preguntas importantes:

1. ¿Tendrá otra cobertura para medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Wellcare? Sí No

Nombre de otra cobertura

Número de miembro para esta cobertura Número de grupo para esta cobertura

2. ¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su Estado? Sí No

Si responde "Sí", indique su número de Medicaid:

3. ¿Padece Trastornos Cardiovasculares, Insuficiencia Cardíaca Crónica (CHF) y/o Diabetes? Sí No



IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer inscrito en Wellcare.
- Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage, reconozco que Wellcare divulgará mi información a Medicare, quien podrá utilizarla a fin de realizar un seguimiento de mi inscripción, para efectuar pagos, y para otros propósitos aplicables a 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, si no responde, esto puede afectar la inscripción en el plan.
- 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, generalmente, las personas inscritas en Medicare no están cubiertas por Medicare mientras se encuentran fuera del país, excepto en el caso de cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
- Comprendo que, cuando comience mi cobertura de Wellcare, debo obtener todos los beneficios médicos y de medicamentos recetados proporcionados por 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.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si la firma un representante autorizado (conforme se describe anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada en virtud de las leyes estatales para completar la inscripción, y
 - 2) La documentación de esta autoridad se encuentra disponible a solicitud de Medicare.

Fecha de hoy

M	M	D	D	A	A	A	A

Firma

Si usted es el representante autorizado, firme en la línea anterior y complete los siguientes campos:

Nombre

Dirección

Número de teléfono

 - -

Relación con la persona inscrita



Sección 2 – Todos los campos de esta página son opcionales

Responder estas preguntas es opcional. No se le puede negar la cobertura por no responderlas.

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

Español Chino Coreano Vietnamita

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Braille Letra grande CD de audio

Comuníquese con Wellcare llamando al 1-800-275-4737 si necesita información en un formato accesible distinto de los que se indican anteriormente. El horario de atención de nuestra oficina es del 1 de octubre al 31 de marzo; puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

1. ¿Usted trabaja? Sí No

2. ¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Indique cuál es su Proveedor de Cuidado Primario (PCP), clínica o centro de salud:

Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico.

Seleccione una o más opciones.

Evidencia de Cobertura (EOC)

Envíenme un enlace para recibir los materiales de beneficios en línea

Dirección de correo electrónico:



Pago de las primas de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (y cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o que adeude) por correo postal, “Transferencia Electrónica de Fondos (EFT)” o “tarjeta de crédito” de forma mensual. **También puede optar por pagar mensualmente su prima mediante la deducción automática de sus beneficios del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB).**

Si tiene que pagar un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D (Monto de Ajuste Mensual Relevante a Ingresos (IRMAA) de la Parte D), debe pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Generalmente, la cantidad se toma de su beneficio del Seguro Social, o bien usted puede obtener una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague el IRMAA de la Parte D a Wellcare.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

Seleccione una opción para el pago de la prima:

- Obtener una factura
- Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB). Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB
- (La deducción del Seguro Social/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 vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, nosotros le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la suscripción de los beneficiarios a Planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención médica y efectuar el pago de beneficios de Medicare. En las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad 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 utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Sistema de Notificación de Registros (SORN) “Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)”, sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.



SOLO PARA USO INTERNO:

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

N.º de ID del plan: Fecha de entrada en vigor de la cobertura:
M M D D A A A A

ICEP/IEP AEP SEP (tipo): No elegible

Representante de ventas/agente autorizado de Wellcare

(representante de ventas/agente individual que completó la solicitud)

Tipo de agente (seleccione una opción): Agente autorizado Empleado de Wellcare

Complete la siguiente sección:

Nombre del Representante de ventas/Agente N.º de NPN del Representante de ventas/Agente

Afiliación de la Agencia/FMO: (si corresponde) N.º de ID del Agente:

Esta información debe coincidir con sus registros de licencia aprobados de Wellcare.

N.º de teléfono del Agente: - -

Correo electrónico N.º de teléfono de la Agencia/FMO (si corresponde) - -

Fecha de recepción de la solicitud del representante de ventas/
agente autorizado:
M M D D A A A A

(Las solicitudes deben recibirse en Wellcare en un plazo de 1 día natural a partir de esta fecha).

Lugar de recepción de la solicitud: Cita Evento de ventas Sin cita previa

Otro (especificar):

Información del proveedor para planes HMO:

Nombre del PCP: NPI del PCP:

Nombre del PPG: ID del PPG:

¿Se acepta el PCP/PPG seleccionado para el plan elegido? Sí No

¿Es un paciente actual? Sí No

Información del médico de elección para los planes PPO:

Nombre del POC: NPI del POC/PCP:

Dirección del POC:

Fecha de entrada en vigor:
M M D D A A A A

Presentaciones de la Solicitud del Corredor: El representante de ventas/Agente debe enviar por fax los Formularios del Propósito de la Cita e Inscripción al 1-844-222-3180.



Por lo general, 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 detenidamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración aplica en su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un Período de Inscripción. Si, posteriormente, determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se anule su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Recientemente, me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual; o bien recientemente me mudé y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente, fui liberado de la cárcel. Fui liberado el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente, regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país. Regresé a los EE. UU. el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente, obtuve la condición de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve esta condición el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente, se produjo un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid recientemente, se produjo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o dejé de tener Medicaid) el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente, se produjo un cambio en mi *Ayuda Adicional* que paga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente obtuve *Ayuda Adicional*, se produjo un cambio en el nivel de *Ayuda Adicional* o perdí la *Ayuda Adicional*) el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo *Ayuda Adicional* para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he realizado un cambio.
- Estoy a punto de mudarme, estoy viviendo o me mudé recientemente de un Centro de Cuidado a Largo Plazo (por ejemplo, un centro de convalecencia o centro de cuidado a largo plazo). Me mudé/me mudaré a/del centro el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente, dejé un programa PACE el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente perdí, de forma involuntaria, mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (una cobertura equivalente a la de Medicare). Perdí mi cobertura de fármacos el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A



Abandonaré una cobertura del empleador o del sindicato el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica que ofrece mi estado.

Mi plan está cancelando su contrato con Medicare, o bien Medicare está cancelando su contrato con mi plan.

Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo escoger un plan distinto. Mi participación en dicho plan comenzó el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Estaba inscrito en un Plan para Necesidades Especiales (SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales requerida para permanecer en ese plan. Cancelaron mi inscripción en el SNP el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Me afectó una emergencia o desastre mayor (según la declaración la Agencia Federal de Manejo de Emergencias (FEMA)) o una entidad gubernamental Federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones del presente formulario se aplicaba a mí, pero no pude solicitar mi inscripción debido al desastre.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con Wellcare al 1-866-277-6583 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para verificar si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es de domingo a sábado, de 8 a.m. a 8 p.m.

Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Sin embargo, para los beneficiarios duales completos, el Estado cubrirá su prima de la Parte B siempre que usted conserve su elegibilidad para Medicaid.



