



Beneficio Opcional para el 2022

Formulario de inscripción individual

Wellcare ofrece beneficios opcionales por una prima mensual adicional del plan. Solo nuestros miembros actuales que agregarán el Paquete de Beneficios Opcionales a su plan Medicare Advantage de Wellcare existente, o bien aquellos que ya están inscritos en un Paquete de Beneficios Opcionales y se cambiarán a una opción de paquete diferente pueden utilizar este formulario. La prima por los beneficios complementarios opcionales se paga de forma adicional a la prima mensual del plan y la prima de la Parte B de Medicare.

EN LETRA DE IMPRENTA

Apellido (como se muestra en su tarjeta de Medicare)	Nombre	I. S. N.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección de residencia permanente

Ciudad	Estado	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Condado de la dirección de residencia permanente	Número de teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

Dirección postal (si es diferente de la anterior)

Ciudad	Estado	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección de correo electrónico (campo obligatorio si desea recibir documentos en línea)	Fecha de nacimiento	Sexo
<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"/> M <input type="checkbox"/> F
	M M D D A A A A	

N.º de Medicare
(se encuentra en la tarjeta Medicare blanca,
azul y roja)

Plan Medicare Advantage de Wellcare

Una vez que haya completado este formulario, envíelo por correo postal a la siguiente dirección:
Wellcare By Health Net, PO Box 10420, Van Nuys, CA 91410-0420

Complete esta sección si se inscribirá en un Paquete de Beneficios Opcionales

Actualmente, estoy inscrito en un plan Medicare Advantage de Wellcare, en el que pago una prima mensual del plan de \$ [] y deseo inscribirme en el Paquete de Beneficios Opcionales [] por una prima mensual adicional de \$ [].

Complete esta sección si actualmente es miembro del plan y se cambiará de Paquete de Beneficios Opcionales

Actualmente, estoy inscrito en un plan Medicare Advantage de Wellcare Y en un Paquete de Beneficios Opcionales, [] y deseo cambiarme de Paquete de Beneficios Opcionales [] por una prima mensual adicional de \$ [].

No utilice este formulario para cambiarse a otro plan Medicare Advantage de Wellcare.

Si elige un Paquete de Beneficios Opcionales que incluya los servicios dentales de la HMO, seleccione un proveedor de servicios dentales del Directorio de Proveedores Dentales de Wellcare.

Nombre del proveedor

N.º de identificación del proveedor

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

Seleccione una opción para el pago de la prima:

- Recibir una factura
- Deducción automática del cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB). Recibo beneficios mensuales de la siguiente organización:
 - 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).

El plazo de inscripción para los nuevos miembros es hasta fines del primer mes de inscripción inicial. Los beneficios entrarán en vigor el primer día del mes siguiente. Entiendo que, a fin de ser elegible para el Paquete de Beneficios Complementarios Opcionales, debo seguir siendo miembro de un plan Medicare Advantage de Wellcare. Si cancelo mi inscripción en el plan, se cancelará automáticamente mi inscripción en el Paquete de Beneficios Complementarios Opcionales. Si dejo de pagar el Paquete de Beneficios Complementarios Opcionales, se suspenderá mi membresía en el Paquete de Beneficios Complementarios Opcionales, pero el estado de mi inscripción en el plan Medicare Advantage (médico) no se verá afectado. Mi cobertura solo se restablecerá automáticamente a mi plan Medicare Advantage de Wellcare (médico) estándar.

Puede cancelar su inscripción en esta opción en cualquier momento mediante una notificación por escrito a Wellcare, pero una vez que se haya cancelado su inscripción, la opción de volver a inscribirse durante el mismo año natural quedará limitada. Los períodos de elección disponibles para los beneficios opcionales son los siguientes: entre el 15 de octubre del 2021 y el 31 de diciembre del 2021, para que la cobertura entre en vigor el 1 de enero del 2022; y entre el 1 de enero del 2022 y el 31 de enero del 2022, para que la cobertura entre en vigor el 1 de febrero del 2022.

Al elegir la opción HMO, usted entiende que, a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura para este Paquete de Beneficios Opcionales, a fin de contar con la cobertura de los servicios, usted debe acudir a los proveedores contratados por Wellcare para recibir estos servicios, a excepción de los servicios de emergencia o de urgencia que se describen en el *Resumen de Beneficios* o la *Evidencia de Cobertura (EOC)*.

Divulgación de información

Autorizo a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) a proporcionar información al Plan, y autorizo al Plan, a los médicos y las clínicas del Plan, o a cualquier otra persona con información médica u otra información relevante sobre mí, a proporcionar la información requerida para la ejecución del programa de Medicare a los CMS o a los agentes de los CMS. Asimismo, autorizo al Plan a divulgar la información necesaria u otra información relevante sobre mí a los proveedores de servicios.

Entiendo que firmar esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta, y acepto seguir las normas del plan en relación con los Planes de Beneficios Opcionales. (Lea el documento de su *Evidencia de Cobertura* para conocer qué normas debe seguir a fin de recibir la cobertura de Wellcare).

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

M M D D A A A A

Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información

Apellido

Nombre

I. S. N.

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Relación con la persona que realiza la solicitud

Número de teléfono

 - -

Gracias por elegir Wellcare. Si tiene alguna duda, llame a Servicios para Miembros al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro (TTY: 711). 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.

SOLO PARA USO INTERNO:

N.º del grupo

Fecha de entrada en vigor de la cobertura

M M D D A A A A

Corrección de la información del miembro

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen obligación de tratar a los miembros de Wellcare, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicios para miembros o consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información, incluidos los costos compartidos que aplican a los servicios fuera de la red.

