Formulario de solicitud de inscripción individual para un plan de medicamentos recetados de Medicare (Part D)

OMB No. 0938-1378
Expires: 6/30/2026

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

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 de medicamentos recetados de Medicare, también debe contar con alguno de los siguientes seguros, o con ambos:

- Medicare Part A (seguro hospitalario)
- Medicare Part 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 cada año (para recibir cobertura a partir del 1.º 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 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.

Consulte el estado de su solicitud aquí:
www.wellcare.com/applicationtracker

¿Ha pensado en inscribirse en **www.wellcare.com/PDP** 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 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 31411
Tampa, FL
33631-3411

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

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Wellcare al **1-800-270-5320**. 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 algún apartado postal, la dirección de algún refugio o alguna clínica, o la dirección en la que recibe su correo (p. ej., cheques del Seguro Social).

©Wellcare 2024

IMPORTANTE:

No envíe este formulario ni otros documentos con información personal (como reclamaciones, pagos o expedientes médicos) a la Oficina de Aprobación de Informes de la Ley de Reducción de Trámites (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 la sección "¿Cuál es el siguiente paso?" de esta página para enviar su formulario completado al plan.

Formulario de inscripción individual para el plan de medicamentos recetados de Wellcare Medicare para 2025

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 un plan de medicamentos recetados de Wellcare, proporcione la siguiente información:

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

☐ Wellcare Value **Script**

☐ Wellcare Classic

☐ Wellcare Medicare Rx Value **Plus**

N.° de ID del plan: S: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ *$ ☐☐☐ . ☐☐ por mes

Información personal:

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

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

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

Información de contacto:

Queremos que disfrute su membresía y que comprenda 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 le informaremos sobre nuestros planes.

* Número de teléfono principal: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Tipo de teléfono: ☐ Casa ☐ Móvil

Número de teléfono secundario: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Tipo de teléfono: ☐ Casa ☐ Móvil

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: ☐

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

©Wellcare 2024

Método de contacto preferido: ☐ Teléfono ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico

(Tenga en cuenta que es posible que se envíen comunicaciones mediante un medio que no sea el método de contacto preferido)

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

☐ Personas sin hogar

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 Ferroviaria de Retiro.

Nombre (como se muestra en su tarjeta de Medicare):

_____

*Número de Medicare:

Cobertura que puede recibir:	Fecha de entrada en vigor: (MMDDYYYY)
SEGURO HOSPITALARIO (Parte A)	
SEGURO MÉDICO (Parte B)	

Debe tener Medicare Part A o Part B (o las dos) para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Representante autorizado:

©Wellcare 2024

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 otra cobertura:

* N.º de miembro para esta cobertura:

* N.º 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:

---

3. ¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

☐ No, no tiene origen hispano, latino ni español

☐ Sí, mexicano, mexicoestadounidense, chicano

☐ Sí, puertorriqueño

☐ Sí, cubano

☐ Sí, de otro origen hispano, latino o español

☐ **Prefiero no responder**

Representante autorizado:

©Wellcare 2024

4. ¿A qué raza pertenece? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Indígena estadounidense o nativo de Alaska

Persona asiática:

- ☐ Indio asiático
- ☐ Chino
- ☐ Filipino
- ☐ Japonés
- ☐ Coreano
- ☐ Vietnamita
- ☐ De otro origen asiático

- ☐ Negro o afroamericano

Persona nativa de Hawái o isleña del Pacífico:

- ☐ Guameño o chamorro
- ☐ Nativa de Hawái
- ☐ Samoano
- ☐ Nativo de otras islas del Pacífico

- ☐ Blanco
- ☐ **Prefiero no responder**

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)
- ☐ Camboyano (sujeto a disponibilidad)
- ☐ Hawaiano (sujeto a disponibilidad)
- ☐ Japonés (sujeto a disponibilidad)
- ☐ Tailandés (sujeto a disponibilidad)
- ☐ Lao (sujeto a disponibilidad)
- ☐ Hmong (sujeto a disponibilidad)
- ☐ Ilocano (sujeto a disponibilidad)
- ☐ Samoano (sujeto a disponibilidad)

☐ Letra grande ☐ Braille ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Comuníquese con Wellcare al **1-800-270-5320** (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.

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

©Wellcare 2024

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. Si usted es elegible, también puede optar por realizar el pago de la prima mediante deducciones automáticas del cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB). Si se evalúa que le corresponde un monto de ajuste mensual por ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D), la Administración del Seguro Social se lo notificará. Deberá pagar este monto extra, además de la prima de su plan. El monto se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, o Medicare o la RRB le enviarán una factura directamente. 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. Siempre y cuando sea elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, así como las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califican no estarán sujetas a la etapa sin cobertura ni a la multa por inscripción tardía. Aunque ya tenga la Ayuda Adicional, es posible que deba volver a presentar la solicitud para que le otorguen una nueva certificación. Muchas personas son elegibles para recibir 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: **https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help.** Si califica para recibir la Ayuda Adicional para pagar los costos de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, es posible que Medicare pague una parte o la totalidad de la prima de su plan. Si Medicare paga únicamente una parte de esta prima, le facturaremos el monto que no cubra Medicare. Si no elige una forma de pago, recibirá un talonario de cupones para el pago mensual de sus primas.

Seleccione una opción de pago para la prima:

☐ Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria cada mes.

- No tendrá que acordarse de 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: _____
(En letra de imprenta y como aparece el nombre en la cuenta de la que se debitará el dinero).

Nombre del banco: _____

N.º de enrutamiento (incluya el número de 9 dígitos) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

N.º de cuenta ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tipo de cuenta: ☐ Cuenta de cheques ☐ Ahorros

Firma del titular de la cuenta: (si no es la persona inscrita) _____

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

©Wellcare 2024

Acepto que esta autorización siga vigente hasta que comunique la cancelación del servicio por escrito.

☐ Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB) (si es elegible).

Recibo beneficios mensuales de la siguiente institución: ☐ Seguro Social ☐ Junta Ferroviaria de Retiro

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 débito automático, 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 comiencen las retenciones. 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, **www.wellcare.com/PDP**, o llame a Wellcare al **1-800-270-5320**. Nuestros horarios de atención son de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. (en todas las zonas horarias). Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

STOP **Lea esta información importante:**

Si es miembro de un plan Medicare Advantage (como HMO o PPO), es posible que ya tenga una cobertura de medicamentos recetados de su plan Medicare Advantage que cubra sus necesidades. Si se inscribe en Wellcare, es posible que finalice su membresía en el plan Medicare Advantage. Esto afectará tanto a la cobertura de médicos y hospitales como a la de medicamentos recetados. Lea la información que le envía su plan Medicare Advantage y, si tiene preguntas, comuníquese con su plan Medicare Advantage.

Si tiene actualmente cobertura médica mediante un empleador o sindicato, su inscripción en un plan de Wellcare podría afectar los beneficios de salud que recibe a través de dicho empleador o sindicato. Usted podría perder la cobertura médica mediante el empleador o sindicato si solicita un plan de 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.

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

©Wellcare 2024

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 de medicamentos recetados, reconozco que Wellcare compartirá mi información con Medicare, quien podrá utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para efectuar pagos, para otros planes y proveedores 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, si se niega a aportar información, podría verse afectada su inscripción en el plan.
- Entiendo que solamente puedo inscribirme en un plan de la Parte D a la vez y que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de la Parte D.
- Entiendo que las personas con Medicare, por lo general, no tienen cobertura de Medicare mientras se encuentren fuera del país, excepto una cobertura limitada en países limítrofes de los EE. UU.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si brindo información falsa de manera intencional, se cancelará 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 la firma un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:

1) Esta persona está autorizada en virtud de las leyes estatales para completar la inscripción.

2) La documentación referida a dicha autorización se encuentra disponible si la solicita Medicare.

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

*Nombre: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*Dirección: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*Ciudad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ *Estado: ☐☐

*Código postal: ☐☐☐☐☐

*Número de teléfono: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*Relación con la persona inscrita: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

©Wellcare 2024

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Por lo general, se puede inscribir en un plan de medicamentos recetados de Medicare únicamente durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Sin embargo, hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare fuera de este período.

Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación aplica en 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

1. ☐ Me inscribo en Medicare por primera vez.
2. ☐ 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.
3. ☐ Tuve Medicare anteriormente, pero pronto cumpliré 65 años.
4. ☐ 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 ☐☐☐☐☐☐☐☐.
5. ☐ Volví a los EE. UU. después de vivir fuera del país. Volví el ☐☐☐☐☐☐☐☐.
6. ☐ Salí de prisión. Salí en libertad el ☐☐☐☐☐☐☐☐.
7. ☐ Obtuve el permiso para permanecer legalmente en los Estados Unidos de forma reciente. Obtuve este permiso el ☐☐☐☐☐☐☐☐.
8. ☐ Dejé la cobertura de mi empleador o sindicato (incluida la cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA)) el ☐☐☐☐☐☐☐☐.
9. ☐ 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 ☐☐☐☐☐☐☐☐.
10. ☐ Perdí la cobertura porque mi plan ya no cubre la zona en la que vivo o porque terminó su contrato con Medicare.
11. ☐ 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.
12. ☐ Di de baja mi cobertura en un plan del Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE). Dejé el programa el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

©Wellcare 2024

13. ☐ Perdí mi plan para personas con necesidades especiales (SNP) porque ya no tengo una de las condiciones requeridas para ese plan. Mi inscripción en el SNP se canceló el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

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

15. ☐ Hubo un cambio reciente en la Ayuda Adicional (Extra Help) 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 ☐☐☐☐☐☐☐☐.

16. ☐ Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan, y quiero escoger un plan distinto. Mi participación en ese plan comenzó el ☐☐☐☐☐☐☐☐

17. ☐ Participo en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica o perderé la ayuda de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica.

18. ☐ Renuncié a una póliza de seguro suplementario de Medicare (Medigap) cuando me inscribí por primera vez en un plan Medicare Advantage. Han pasado menos de 12 meses desde que renuncié a la póliza Medigap. Quiero cambiar a Original Medicare para poder volver a tener mi póliza Medigap e inscribirme en un plan de medicamentos (Parte D).
Renuncié el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

19. ☐ Me inscribí en un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos cuando cumplí 65 años. No han pasado 12 meses desde que me inscribí en este plan. Quiero cambiar a Original Medicare e inscribirme en un plan de medicamentos.

20. ☐ Me estoy inscribiendo en un plan Medicare calificado con 5 estrellas.

21. ☐ Mi inscripción actual es en un plan con un mal desempeño sostenido conforme a lo determinado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

22. ☐ Mi inscripción actual es en un plan que está en quiebra.

23. ☐ 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.

24. ☐ Se canceló mi inscripción en el plan Medicare Advantage de medicamentos recetados (MA-PD) de forma involuntaria debido a la pérdida de la Parte B. La inscripción se canceló el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

©Wellcare 2024

25. ☐ Pago una prima por la Parte A y me inscribí 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.

26. ☐ Cancelé la inscripción de un plan MA-PD cuando me internaron y ahora quiero inscribirme en un plan de medicamentos recetados (PDP). Cancelé la inscripción el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

27. ☐ Estuve inscrito/a en un plan de costos que no renueva sus contratos.

28. ☐ Cancelé la inscripción en un plan de costos que también tenían el beneficio suplementario opcional de la Parte D del plan de costos. Quiero inscribirme en un plan PDP.

29. ☐ 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.

30. ☐ Tengo cobertura de Medicare y Medicaid, mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare, o bien recibo la Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Quiero inscribirme en un nuevo plan de medicamentos (Parte D).

31. ☐ Mi inscripción se canceló por una sanción de los CMS. Recibí una carta de Medicare donde se indica que puedo inscribirme en otro plan.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o no lo sabe con certeza, comuníquese con Wellcare al **1-800-270-5320** para averiguar si es elegible para inscribirse. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Nuestros horarios de atención son de lunes a domingo, 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 usted es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), familiares u otros terceros) que ayuda a una persona inscrita a completar este formulario.

Nombre:_____ Relación con la persona inscrita:_____

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

Solo para uso interno o del representante autorizado:

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

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Firma del representante autorizado: _____

Fecha de recepción de la solicitud: ☐☐☐☐☐☐☐☐
M M D D Y Y Y Y

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

©Wellcare 2024

ID del representante autorizado:

N.º de verificación del alcance de la cita:

N.º de teléfono del representante autorizado:

N.º de ID del plan: S

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

Nombre del plan:

☐ ICEP/IEP ☐ AEP ☐ SEP (tipo): ☐ No elegible

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 la sección 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y en el capítulo 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), artículos 423.30 y 423.32, se autoriza la recopilación de esta información. Mediante los CMS, se pueden 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.° 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 Wellcare Prescription Insurance, Inc.

©Wellcare 2024