2021

WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus

Planes Medicare Advantage
Formulario de inscripción individual

Cómo inscribirse en nuestros planes

1 Lea este formulario de inscripción completo para asegurarse de que comprende la información. **Una solicitud incorrecta o incompleta podría generar la demora o rechazo de la cobertura.**

2 Cuando esté listo, rellene el formulario de inscripción en su totalidad. 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**.
- Por correo a **P.O. Box 31392, Tampa, FL, 33631-3392**.
- Usando el sobre de respuesta de negocios con porte pagado si se incluye uno.

5 Comuníquese con su representante autorizado si tiene alguna pregunta.

Representante autorizado: _____

Teléfono: (____) ____ - _____

Otras formas sencillas para inscribirse en WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus

Si está listo para inscribirse o tiene preguntas acerca de la inscripción, llame al **1-866-527-0056**. Si es residente de Hawaii, llame al **1-866-907-2058** (TTY: **711**). Los representantes están disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.

Inscríbase en línea en **www.wellcare.com/medicare** o **www.ohanahealthplan.com/medicare**.

WellCare® Más allá del cuidado de la salud. Mejores personas.

'OHANA℠ HEALTH PLAN

WellCare® | TexanPlus®

Y0070_WCM_55918S_C
©WellCare 2020
NA1WCMAPP63182S_0000

¡Estamos siempre a solo una llamada de distancia!

Si está listo para inscribirse o tiene preguntas acerca de la inscripción, llame al 1-866-527-0056 o al 1-866-907-2058 (Hawaii).
Los representantes están disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.

Si ya es miembro, llame al número de Atención al Cliente correspondiente de la lista de planes/estados que aparece a continuación.

California	HMO	**1-866-999-3945**
Hawaii	HMO	**1-877-457-7621**
Illinois*	HMO, HMO-POS, HMO C-SNP, PPO	**1-833-444-9088**
Georgia, Illinois, Indiana, Michigan, Ohio y South Carolina**	HMO, HMO-POS, HMO C-SNP, HMO-POS C-SNP, PPO	**1-866-892-8340**
Texas***	HMO	**1-866-230-2513**
Todos los demás estados	HMO, HMO C-SNP, HMO-POS, PPO	**1-833-444-9088**

Horario de atención

Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, nuestros representantes estarán disponibles de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán 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 planes aplicables en Illinois: WellCare Absolute (PPO), WellCare Compass (HMO), WellCare Guardian (HMO C-SNP), WellCare Patriot (HMO-POS), WellCare Plus (HMO), WellCare Premier (PPO), WellCare Value (HMO-POS)

** Nombres de planes aplicables en Illinois: WellCare Edge (HMO), WellCare Essential (HMO), WellCare Essential (HMO-POS), WellCare Exclusive (HMO), WellCare Explore (HMO-POS)

*** Nombre del planes aplicables en Texas: City of Houston Group Retirees (HMO)

OMB n.° 0938-1378
Vencimiento: 7/31/2023

¿Quién puede usar este formulario?

Los miembros de Medicare que desean inscribirse en un Plan Medicare Advantage o Plan de Medicamentos Recetados de Medicare

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

- Ser ciudadano estadounidense o haber legalizado su estadía 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:

- 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 tres meses a partir de la fecha de obtención de Medicare
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse 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 señaladas con un asterisco (*). Las preguntas que no tienen un asterisco (*) 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 el monto de los pagos de primas deducido de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual de seguridad social (o Junta Ferroviaria de Retiro).

¿Qué ocurre después?

Envíe su formulario completado y firmado a la siguiente dirección:

WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus
P.O. Box 31392
Tampa, FL
33631-3392

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

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus al **1-866-527-0056**. Los residentes de Hawaii deben llamar al **1-866-907-2058**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711.**

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

©WellCare 2020

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA PLANES MEDICARE ADVANTAGE 2021

Si requiere información en otro idioma o formato (braille), comuníquese con WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus.

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

Para inscribirse en WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus, proporcione la siguiente información:

***Seleccione la casilla del plan al que desea inscribirse:** ☐ WellCare ☐ 'Ohana ☐ WellCare TexanPlus

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

*$ ☐☐☐ . ☐☐ por mes

***Nombre del plan:** ☐ Absolute ☐ 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 ☐ Endurance ☐ Essential ☐ Exclusive ☐ Explore ☐ Flex Complete ☐ Focus ☐ Guardian

☐ Patriot ☐ Plus ☐ Preferred ☐ Premier ☐ Prime ☐ Rx Plus ☐ Summit ☐ 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 celular del beneficiario: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Dirección de correo electrónico del beneficiario: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tenga presente que al proporcionar su dirección de correo electrónico, acepta recibir correos electrónicos de nosotros. Le daremos la oportunidad de participar y siempre puede optar por no recibir futuras comunicaciones por correo electrónico.

*Dirección de residencia permanente: (no ingrese un apartado de correo)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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: ☐☐☐☐☐

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐

©WellCare 2020

Información de contacto de emergencia (opcional):

Contacto de emergencia:

Número de teléfono: Parentesco con usted:

Proporcione su información del seguro de Medicare

Tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare a mano para completar esta sección.

- Rellene 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 (RRB).

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

*Número de Medicare:

Tiene derecho a: Fecha de vigencia: (MMDDAAAA)

HOSPITAL (Parte A)

PLAN MÉDICO (Parte B)

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. Algunas personas podrían tener otra cobertura para medicamentos, incluidos otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios de salud de empleado federal, beneficios de VA o programas de asistencia farmacéutica estatales.

*¿Tendrá alguna otra cobertura para medicamentos recetados, además 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:

2. ¿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:

©WellCare 2020

Lea y responda estas preguntas importantes (continuación):

*3. ¿Está usted inscrito en el programa de Medicaid de su estado? *Si su respuesta es "sí", proporcione el número de Medicaid:

Sí ☐ No ☐

4. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí ☐ No ☐

*5. **Para WellCare Champion (HMO C-SNP), WellCare Guardian (HMO C-SNP) y WellCare Guardian (HMO-POS C-SNP)**

¿Padece de alguna de las siguientes afecciones: trastorno cardiovascular, diabetes, insuficiencia cardíaca crónica? Sí ☐ No ☐

Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos la información en un idioma distinto del inglés o en un formato accesible:

Español (donde esté disponible) ☐ Chino (donde esté disponible) ☐ Coreano (donde esté disponible) ☐

Vietnamita (donde esté disponible) ☐ Tagalo (donde esté disponible) ☐ Formato grande: ☐

Comuníquese con WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus usando el número de Atención al Cliente que aparece en la portada de esta solicitud si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto de los indicados anteriormente. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán 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 estarán disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Elija un médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud: (Nombre y apellido del PCP)

N° de ID ¿Es usted un paciente actual? Sí ☐ No ☐

N° de ID de la IPA

Nombre del IPA:

☐ No deseo seleccionar un PCP. Prefiero que WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus elija un PCP para mí. Entiendo que puedo cambiar de PCP en cualquier momento llamando al número de Atención al Cliente que aparece en la tarjeta de identificación de miembro de WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus.

Si no se selecciona un PCP válido o la casilla de verificación de la asignación automática de PCP no está marcada, se asignará un PCP al beneficiario. La asignación de PCP se puede cambiar en cualquier momento llamando al número de Atención al Cliente que aparece en la tarjeta de identificación de miembro.

***Si usted es el representante autorizado, deberá firmar y proporcionar la siguiente información.**

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

*Nombre:

*Dirección:

*Ciudad: *Estado: *Código postal:

*Número de teléfono: *Parentesco con la persona que se inscribe:

Representante autorizado:

©WellCare 2020

Pago de la prima de su plan

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, 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 pague 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 pague el IRMAA de la parte D a WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener Ayuda Adicional para pagar sus costos de medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos 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 la 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 **www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp**. Si califica para la Ayuda Adicional con sus costos de cobertura del plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de su prima del plan. Incluso si tiene Ayuda adicional ahora, es posible que necesite volver a solicitarla más adelante. 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 una libreta 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 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 ruta (incluye un número de nueve dígitos) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Número de cuenta: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tipo de cuenta:

☐ Corriente ☐ 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 deseo finalizar el 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

(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 una deducción automática, o aprueban el comienzo de las deducciones después de la fecha de vigencia de la inscripción, le enviaremos una factura por sus primas mensuales).

☐ Reciba una libreta de cupones para los pagos de primas mensuales.

Nota: También puede pagar las primas de su plan con una tarjeta de crédito o por deducción de su cuenta bancaria (cuenta corriente o de ahorros) en lugar de utilizar los cupones mensuales. Para configurar el pago, visite nuestro sitio web en **www.wellcare.com/medicare** o **www.ohanahealthplan.com/medicare**, o llame al número de Atención al Cliente que se indica en la portada.

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐

©WellCare 2020

Lea esta información importante:

Para los planes MAPD: Si cuenta actualmente con una cobertura médica de un empleador o un sindicato, inscribirse en un plan de WellCare/'Ohana/ WellCare TexanPlus podría afectar los beneficios médicos que recibe del empleador o sindicato. Es posible que pierda la cobertura médica del empleador o el sindicato si se inscribe en WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus. 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 rellenar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente: 'Ohana Health Plan, un plan ofrecido por el Seguro de Salud WellCare de Arizona, Inc. WellCare Health Plans, Inc., es un plan HMO, PPO, PFFS con un contrato de Medicare. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato. Debo conservar tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus. 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 medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informar a WellCare sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o pueda tener más adelante. (**Para planes MA únicamente:** entiendo que si no tengo la cobertura de medicamentos 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 medicamentos con receta de Medicare en el futuro.) La inscripción en este plan generalmente es por todo el año. Una vez que me inscriba, podré dejar este plan o realizar cambios sólo en ciertos momentos del año en que se encuentre disponible el 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 específica. **Si me mudo fuera del área donde WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus presta servicios, necesito notificar al plan para que pueda cancelar la inscripción y encontrar un nuevo plan en esta nueva área.** Una vez que me vuelva miembro de WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus, tendré derecho a apelar las decisiones del plan respecto del pago o los servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento "Evidencia de cobertura" de WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus cuando lo reciba a fin de conocer las reglas que debo seguir y poder recibir cobertura con este Medicare Advantage Plan. 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. Comprendo que, a partir de la fecha en la que comienza la cobertura de WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos de venta con receta de WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus, excepto en caso de servicios de emergencia, servicios de atención de urgencia o servicios de diálisis fuera del área. El uso de servicios dentro de la red puede costar menos que el uso de servicios fuera de la red. Si es necesario desde el punto de vista médico, WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus proporciona reembolsos para todos los beneficios cubiertos, incluso si obtengo servicios fuera de la red. Están cubiertos los beneficios y servicios que presta WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus y que se incluyen en el documento "Evidencia de cobertura" de WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). **NI MEDICARE NI WELCARE/'OHANA/WELLCARE TEXANPLUS PAGARÁN POR BENEFICIOS O SERVICIOS QUE NO ESTÉN CUBIERTOS.** Comprendo que, si recibo asistencia de un agente de ventas, un corredor u otro individuo empleado o contratado por WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus, dicha persona podrá recibir un pago por mi inscripción en WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus. **Divulgación de información:** Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage, reconozco que WellCare/'Ohana/WellCare TexanPlus compartirá mi información con Medicare, quien podrá usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción y efectuar pagos, y para otros planes, proveedores y 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 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 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 rellenar 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 periodo de inscripción

Típicamente, se puede inscribir en un plan de Medicare Advantage únicamente durante el periodo 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 se aplica a usted. Al marcar 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: MMDDAAAA

1. ☐ Soy un nuevo beneficiario de Medicare.
   Si es nuevo en Medicare debido a la pérdida de cobertura grupal del empleador o de un sindicato, consulte el número 13.

Representante autorizado: | | | | | | |

©WellCare 2020

2. ☐ Estoy inscrito en un Medicare Advantage Plan y deseo realizar 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 Estados Unidos el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

6. ☐ Recientemente obtuve la condición de residencia legal en los Estados Unidos. Obtuve esta condición el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

7. ☐ Recientemente, hubo un cambio respecto a Medicaid (acabo de obtener Medicaid, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

8. ☐ Recientemente, hubo un cambio en Ayuda Adicional respecto al pago de la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare (acabo de obtener Ayuda Adicional, cambió mi nivel de asistencia de Ayuda Adicional o perdí Ayuda Adicional) el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

9. ☐ Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado ayuda a pagar las primas de Medicare) u obtengo asistencia de Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare, pero no hubo un 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 en forma involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura al menos equivalente a Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

13. ☐ Dejo la cobertura de empleador o sindicato el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

14. ☐ Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica que ofrece 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 deseo escoger un plan distinto.
Mi participación en ese plan comenzó el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

17. ☐ Fui inscripto en un Plan de necesidades especiales (SNP), pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para pertenecer a ese plan.
Cancelaron mi inscripción en el SNP el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

18. ☐ Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o una catástrofe grave (de acuerdo con una declaración de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA]). Una de las otras declaraciones del presente formulario se aplicaba a mí, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

19. ☐ Ya tengo Medicare, pero próximamente cumpliré 65 años.

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐

©WellCare 2020

20. ☐ En los últimos 12 meses, me inscribí en el Medicare Advantage Plan con cobertura para medicamentos recetados cuando cumplí 65 años.

21. ☐ Voy a inscribirme en un plan de Medicare de cinco estrellas.

22. ☐ Estoy inscrito en un plan que está en quiebra.

23. ☐ Estoy inscrito en un plan identificado por CMS por tener un Desempeño Deficiente Constante.

24. ☐ Otro _____

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

Para uso exclusivo del representante autorizado o de la oficina:

Nombre del miembro de personal/Agente/Corredor/Representante autorizado (si recibió asistencia durante la inscripción):

Nombre del representante autorizado: _____ Fecha en que se recibió la solicitud: M M D D A A A A

Iniciales del representante autorizado: Identificación del representante autorizado:

N.º de verificación del alcance de la cita:

Número de teléfono del representante autorizado:

Verificación de los planes de necesidades especiales (de aplicarse):

N.º de ID del plan: H Fecha de vigencia de la cobertura: M M D D A A A A

Nombre del plan:

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

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 beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o los Planes de Medicamentos Recetados (PDP), mejorar la atención médica y efectuar el pago de beneficios de Medicare. En los artículos 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y en el capítulo 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), artículos 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32, 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) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", sistema n.° 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Representante autorizado:

©WellCare 2020