

# Formulario de cancelación de la inscripción



**Cada miembro que solicite la cancelación de la inscripción debe completar un formulario.**

Si solicita la cancelación, debe continuar recibiendo todos los medicamentos recetados de Wellcare hasta la fecha de entrada en vigor de la cancelación. Comuníquese con nosotros para comprobar que se haya cancelado la inscripción antes de buscar cobertura de medicamentos recetados fuera de la red de Wellcare. Le informaremos cuál es su fecha de entrada en vigor después de haber recibido este formulario de su parte.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Wellcare **1-888-550-5252**. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, se utiliza un sistema de mensajería. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

Complete y lea atentamente toda la información a continuación antes de firmar y fechar este formulario de cancelación de la inscripción. Le informaremos cuál es su fecha de entrada en vigor después de haber recibido este formulario de su parte.

En lugar de enviar la solicitud de cancelación de la inscripción a Wellcare, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir la cancelación por teléfono. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

**PUEDE COMPLETAR ESTE FORMULARIO DESDE SU COMPUTADORA. TAMBIÉN PUEDE IMPRIMIRLO Y COMPLETARLO. EN ESE CASO, UTILICE TINTA NEGRA O AZUL PARA ESCRIBIR SUS RESPUESTAS. RELLENE LAS CASILLAS CON UNA "X".**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_  Sr.  Sra.  Srta.  Sra./Srta.

N.º de identificación (ID) de suscriptor en Wellcare: \_\_\_\_\_

N.º de Medicare: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

N.º de teléfono particular: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Dirección de residencia permanente (no se permite un n.º de apartado postal):  
\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo si no es la misma que la de residencia permanente (se permite un n.º de apartado postal):  
\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

*(continúa en la siguiente página)*

**Al completar esta solicitud de cancelación de la inscripción, acepto lo siguiente:**

Wellcare me notificará mi fecha de cancelación de la inscripción después de haber recibido este formulario. Entiendo que, hasta que la cancelación entre en vigor, debo continuar obteniendo mis medicamentos en las farmacias de la red de Wellcare para tener cobertura. Entiendo que hay momentos limitados en los que podré inscribirme en otros planes Medicare, a menos que califique para determinadas situaciones especiales. Entiendo que estoy cancelando mi inscripción en la cobertura del plan de medicamentos recetados de Medicare y que, si no cuento con otra cobertura de la misma calidad que la de Medicare, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía para recibir esta cobertura en el futuro.

Firma\*: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

\* O la firma de quien está autorizado para tomar decisiones en nombre de la persona conforme a la ley del estado donde esta reside. Si firma una persona autorizada (según se describió antes), la firma certifica que (1) esta persona está habilitada conforme a la ley estatal para completar esta cancelación de la inscripción y (2) que los documentos que avalan dicha autorización estarán disponibles cuando los solicite Medicare.

**Si usted es el representante autorizado, debe firmar en el espacio indicado antes y brindar la siguiente información:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Relación con la persona inscrita: \_\_\_\_\_

**Por lo general, puede cancelar la inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare únicamente durante el período de inscripción anual, del 15 de octubre al 7 de diciembre, todos los años. Hay excepciones que tal vez permitan que usted cancele la inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare fuera de dicho período. Llame a Servicios al Miembro y solicite ayuda.**

**SELECCIONE EL MOTIVO DE LA CANCELACIÓN QUE CORRESPONDA A SU CASO.**

**Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla que corresponda a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de elección.**

- Recientemente hubo un cambio en mi situación con Medicaid (comencé a recibir Medicaid, se modificó el nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de Medicaid) el \_\_\_\_\_.
- Recientemente hubo un cambio en la Ayuda Adicional (Extra Help) que recibo para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (comencé a recibir recientemente Ayuda Adicional (Extra Help), se modificó el nivel de Ayuda Adicional (Extra Help) que recibo o perdí la Ayuda Adicional (Extra Help)) el \_\_\_\_\_.
- Cuento con Medicare y Medicaid (o recibo ayuda del estado para pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no me la han modificado.
- Estoy por mudarme a un centro de atención a largo plazo, resido actualmente en dicho centro o acabo de salir de uno (por ejemplo, un centro de convalecencia o de atención a largo plazo). Me mudé o me mudaré al centro, o saldré del centro el \_\_\_\_\_.
- Me inscribiré en un programa PACE el \_\_\_\_\_.
- Me inscribiré en la cobertura de mi empleador o sindicato el \_\_\_\_\_.
- Me inscribí en un plan Medicare (o de mi estado) y quiero elegir otro plan. Mi inscripción en aquel plan inició o iniciará el \_\_\_\_\_.

*(continúa en la siguiente página)*

Si ninguna de estas declaraciones corresponde a su caso o si no está seguro, comuníquese con Wellcare al número de teléfono que figura al final de este formulario para comprobar si es elegible para la cancelación. Nuestro horario de atención es 8 a. m. a 8 p. m. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, se utiliza un sistema de mensajería. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

**SELECCIONE EL MOTIVO POR EL CUAL CANCELA SU INSCRIPCIÓN.**

- El PCP no pertenece a la red.
- El especialista no pertenece a la red.
- Los copagos son demasiado altos.
- No puedo obtener acceso a un servicio.
- La prima es demasiado alta.
- No sabía que estaba inscrito en este plan.
- Otros: \_\_\_\_\_

**Puede enviar el formulario completo a la siguiente dirección:**

Wellcare  
ATTN: Enrollment Department  
P.O. Box 31370  
Tampa, FL 33631-3370  
Fax: **1-866-388-1521**



**Multi-Language Insert**  
**Multi-language Interpreter Services**

Form Approved  
OMB# 0938-1421

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-888-550-5252** (TTY: **711**). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Contamos con los servicios gratuitos de un intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al **1-888-550-5252** (TTY: **711**). Alguien que habla español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打 **1-888-550-5252** (TTY: **711**)。您将获得讲汉语普通话的译员的帮助。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 **1-888-550-5252** (TTY: **711**)。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

**Tagalog:** May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-888-550-5252** (TTY: **711**). May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libheng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services d'interprètes gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-888-550-5252** (TTY: **711**). Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi chúng tôi theo số điện thoại **1-888-550-5252** (TTY: **711**). Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

**German:** Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: **1-888-550-5252** (TTY: **711**). Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, **1-888-550-5252**(TTY: **711**)번으로 당사에 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

**Russian:** Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-888-550-5252** (TTY: **711**). Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

**Arabic:** نوّقر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-888-550-5252** (TTY: **711**). يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी सवाल का जवाब देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें **1-888-550-5252** (TTY: **711**) पर कॉल करें। हिन्दी में बात करने वाला सहायक आपकी मदद करेगा। यह एक निःशुल्क सेवा है।

**Italian:** Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il numero **1-888-550-5252** (TTY: **711**). Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-888-550-5252** (TTY: **711**). Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-888-550-5252** (TTY: **711**). Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis gratis.

**Polish:** Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer **1-888-550-5252** (TTY: **711**). Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

**Japanese:** 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、**1-888-550-5252** (TTY : **711**) にお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。