

Formulario de solicitud de inscripción individual para 2027 en un Medicare Advantage Plan (Parte C)

OMB No. 0938-1378
Expires: 12/31/2026



✓ Consulte el estado de su solicitud aquí:
[wellcare.com/applicationtracker](https://www.wellcare.com/applicationtracker)

¿Quién puede usar este formulario?

Los miembros de Medicare que quieran inscribirse en un Medicare Advantage Plan.

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 Medicare Advantage Plan, también debe contar con los siguientes seguros:

- Medicare Part A (seguro de hospital)
- Medicare Part B (seguro médico)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede inscribirse en un plan en las siguientes fechas:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para iniciar la cobertura a partir del 1.º de enero)
- Dentro de los 3 meses posteriores a la obtención de Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permita unirse a un plan 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 puntos de la sección 1.

Los puntos de la sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

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).

¿Ha pensado en inscribirse en go.wellcare.com/WI 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 a más tardar el 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 las primas se deduzca de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Cuál es el siguiente paso?

Envíe su formulario completado y firmado a la siguiente dirección:

Wellcare With MHS Health Wisconsin
PO Box 10420
Van Nuys, CA
91410-0420

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

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Wellcare With MHS Health Wisconsin al 1-844-480-0680. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.



IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún otro elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización 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 “¿Cuál es el siguiente paso?” en la parte delantera de esta página para enviar su formulario completo al plan.

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 los artículos 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y en el título 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 usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (SORN), “plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)”, sistema n.o 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, esto podría afectar su inscripción en el plan.

**Sección 1: Todos los campos de esta página son obligatorios
(a menos que se marquen como opcionales)**

Seleccione el plan en el que quiere inscribirse:

Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Liberty Sync (HMO-POS D-SNP)¹: incluye cobertura de medicamentos recetados

☐ **H8189-001-000** \$0 por mes

Wellcare MHS Health Wisconsin Dual Select (HMO-POS D-SNP)¹: incluye cobertura de medicamentos recetados

☐ **H8189-007-000** \$0 por mes

¹ Debe cumplir determinados requisitos de inscripción para poder inscribirse en este plan.



**Sección 1: Todos los campos de esta sección son obligatorios
(a menos que se marquen como opcionales)**

Nombre Apellido Opcional: Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino (____) ____ - ____ Tipo de teléfono ☐ Fijo ☐ Móvil
M M / D D / Y Y Y Y Opcional: N.º de teléfono secundario (____) ____ - ____ Tipo de teléfono ☐ Fijo ☐ Móvil

Opcional: Dirección de correo electrónico:

Opcional: ¿Le resulta cómodo utilizar Internet, el correo electrónico o los mensajes de texto por su cuenta?
☐ Sí ☐ No

Opcional: Método de contacto preferido: ☐ Llamada telefónica ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico

** Tenga en cuenta que es posible que se envíen comunicaciones a través de un medio que no sea el método de contacto preferido.*

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 información útil sobre qué esperar, cómo mantenerse saludable, cómo utilizar los beneficios adicionales, cómo encontrar un médico, nuestro portal para miembros y otros temas importantes. Si no le interesa, puede optar por no recibir algunos mensajes de texto y correos electrónicos.

Queremos que esté conforme 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.

(No escriba un apartado postal. Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente). ☐ Persona sin hogar

Dirección de residencia permanente

Ciudad Opcional: Condado Estado Código postal

Dirección postal: si desea que la correspondencia se envíe a otra dirección o a un representante autorizado, proporcione dicha información aquí. (Se permite un apartado postal)

Dirección

Ciudad Estado Código postal



Su información de Medicare:

Número de Medicare:

Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigor (MM/DD/YYYY):

Seguro de hospital (Parte A) ____ / ____ / ____

Seguro médico (Parte B) ____ / ____ / ____

Responda estas preguntas importantes:

1. ¿Tendrá alguna otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE), además de Wellcare?

☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura

Número de miembro de
esta cobertura

Número de grupo de esta cobertura

2. Si se inscribe en un plan D-SNP, proporcione la siguiente información:

Número del programa Medicaid estatal: _____

Incluya el número de Medicaid para los planes para personas con necesidades especiales y doble elegibilidad (D-SNP). Si faltan los números de Medicaid, es posible que se produzca un retraso en el procesamiento de la solicitud y es posible que se rechace la solicitud.

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar tanto el seguro de hospital (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en Wellcare.
- Al inscribirme en este Medicare Advantage Plan, acepto que Wellcare comparta mi información con Medicare, que podrá utilizarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para efectuar pagos 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 no responde, esto podría afectar su inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA o de la Parte D a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA o de la Parte D (se aplican excepciones para los planes privados de pago por servicio de Medicare Advantage, MA PFFS, y de cuentas de ahorros médicos de Medicare Advantage, MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Wellcare, debo obtener todos los beneficios médicos y de medicamentos recetados de 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.



- 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.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada por la ley para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y que comprendo su contenido. Si la firma un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica lo siguiente:
 - 1) Esta persona está autorizada en virtud de las leyes estatales para completar la inscripción.
 - 2) La documentación de esta autoridad se encuentra disponible previa solicitud de Medicare.

Con la firma de este documento, certifico que, según mi leal saber y entender, toda la información provista es verdadera, completa y exacta. Entiendo que, si se determina que esta información es incorrecta, se podría cancelar la inscripción.

Fecha de hoy

____/____/____
MM/DD/YYYY

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 sección son opcionales

Usted decide si quiere responderlas. No se le puede negar la cobertura por no completarlas.

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

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

Comuníquese con Wellcare al 1-844-480-0680 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) si necesita información en un formato accesible distinto de los indicados anteriormente. Nuestro horario de atención es el siguiente: entre el 1.º de octubre y el 15 de diciembre, los representantes estarán disponibles de domingo a sábado, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 16 de diciembre y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a sábado, de 8 a. m. a 8 p. m.

1. ¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No

2. ¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

3. ¿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 del centro (número y calle):

Ciudad

Estado

Código postal Número de teléfono

(____) ____ - ____

Indique cuál es su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud de la red:

Puede encontrar un proveedor en findaprovider.healthnetcalifornia.com

Información del proveedor para planes HMO:

NPI del PCP:

ID del PPG:

¿Es un paciente actual? ☐ Sí ☐ No

☐ No quiero seleccionar un PCP, prefiero que Wellcare lo haga por mí. Entiendo que puedo cambiar de PCP en cualquier momento llamando al número de Servicios al Miembro que aparece en la tarjeta de ID de miembro de Wellcare.

Si no se selecciona un PCP de la red válido o la casilla de verificación de la asignación automática de PCP no está marcada, se asignará un PCP de la red al beneficiario. La asignación del PCP se puede cambiar en cualquier momento si llama al número de Servicios al Miembro que aparece en la tarjeta de ID de miembro.



Pago de las primas de su plan

Puede pagar la prima mensual del plan (incluidas las multas por inscripción tardía que deba actualmente o que pudiera deber) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT) o tarjeta de crédito cada mes. **También puede optar por pagar su prima por débito automático de sus beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) cada mes.**

Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual por ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan. Generalmente, el monto se debita 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.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar y obtener la Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar los costos de medicamentos recetados. Aunque esté recibiendo la Ayuda Adicional en el presente, es posible que deba volver a solicitar la recertificación. 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 en <https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help>.

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

Seleccione una opción para el pago de la prima:

☐ Obtener una factura

☐ Débito automático de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB). Recibo beneficios mensuales de: ☐ Seguro Social ☐ RRB

(La deducción del Seguro Social o la RRB puede tardar dos meses o más 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 entrada en vigor de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de débito automático, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

Solo para personas que ayudan a la persona inscrita a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (es decir, agente, corredor, asesor del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), familiar u otro tercero) 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:

Con la firma de este documento, certifico que, según mi leal saber y entender, toda la información provista es verdadera, completa y exacta. Entiendo que cualquier tergiversación u omisión puede constituir motivo para la adopción de medidas disciplinarias, que pueden incluir hasta la rescisión de mi nombramiento y del acuerdo como agente.

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: ____ / ____ / ____ (MM/DD/YYYY)

Representante de ventas/agente autorizado de Wellcare

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

Tipo de agente (seleccione uno): ☐ Agente autorizado ☐ Empleado de Wellcare

Complete la siguiente sección:

Nombre del agente/representante de ventas: N.º nacional de productor (NPN) del agente/representante de ventas:

Afiliación a agencia/FMO (si corresponde):

Esta información debe coincidir con sus registros de licencias de Wellcare aprobadas.

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: ____ / ____ / ____
(MM / DD / YYYY)

(Las solicitudes deben recibirse en Wellcare dentro de 1 día calendario a partir de esta fecha).

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

☐ Otro (especifique):

Presentación de solicitudes de corredores: el agente/representante de ventas debe enviar por fax los formularios de alcance de la cita y de la inscripción al 1-844-222-3180.



Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Por lo general, se puede inscribir en un plan 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 Medicare Advantage Plan fuera de este período. Si es la primera vez que usa los beneficios de Medicare y han pasado más de 90 días desde que cumplió 65 años, el período especial de inscripción (SEP), indicado con “Soy nuevo en Medicare”, NO aplica, así que seleccione a continuación el SEP que le corresponda.

Lea detenidamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración 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.

Lea todas las declaraciones a continuación antes de realizar una selección. Escriba las fechas en formato MM/DD/YYYY.

☐ Me inscribo en Medicare por primera vez.

*Seleccione solo si 1. tiene derecho a Medicare por primera vez; 2. le faltan menos de 90 días para cumplir 65 años O ha cumplido 65 años en los últimos 90 días; 3. es un nuevo beneficiario; o 4. es elegible por primera vez, pero anteriormente solo recibía Medicare por discapacidad.

* Si la cobertura de su empleador finalizó recientemente y esta es la primera vez que usa Medicare, seleccione el SEP “Dejé la cobertura de mi empleador o sindicato” a continuación.

☐ Período de inscripción anual (AEP) del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.

☐ Ya tengo la Parte A (seguro de hospital) y recientemente me inscribí por primera vez en la Parte B (seguro médico). Quiero inscribirme en un Medicare Advantage Plan.

☐ Me notificaron la obtención de Medicare después de que comenzara mi cobertura de la Parte A o Parte B. Se me avisó el (inserte la fecha). ____ / ____ / ____

☐ Tuve Medicare anteriormente, pero pronto cumpliré 65 años.

☐ Estoy inscrito en un Medicare Advantage Plan y quiero realizar un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).

☐ Me mudé a una dirección 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 (inserte la fecha). ____ / ____ / ____

☐ Volví a los EE. UU. después de vivir fuera del país el (inserte la fecha). ____ / ____ / ____

☐ Salí de prisión recientemente. Salí en libertad el (inserte la fecha). ____ / ____ / ____

☐ Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los EE. UU. Obtuve este estatus el (inserte la fecha). ____ / ____ / ____

☐ Vivo en un centro de atención a largo plazo, como un centro de convalecencia o un hospital de rehabilitación.

* NOTA: Debe completar el formulario con la información del centro de atención a largo plazo.

☐ Recientemente salí de un centro de atención a largo plazo, como un centro de convalecencia o un hospital de rehabilitación.

* NOTA: Debe completar el formulario con la información del centro de atención a largo plazo.

Salí del centro el (inserte la fecha). ____ / ____ / ____



- ☐ Dejé la cobertura de mi empleador o sindicato (incluida la cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria o COBRA) el (inserte la fecha). ____ / ____ / ____
- ☐ 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 (inserte la fecha). ____ / ____ / ____
- ☐ Mi plan actual no se renovará para el próximo año contractual
*NOTA: Este SEP solo es válido desde el 12/8 hasta el último día de febrero.
- ☐ 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. Mi cobertura terminó el (inserte la fecha). ____ / ____ / ____
- ☐ Di de baja mi cobertura en un plan del Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE). Dejé el programa el (inserte la fecha). ____ / ____ / ____
- ☐ Perdí mi plan para personas con necesidades especiales porque ya no tengo el estado de necesidades especiales requerido para ese plan. Mi inscripción en el plan de necesidades especiales (SNP) se canceló o se cancelará el (inserte la fecha). ____ / ____ / ____
- ☐ Quiero inscribirme en un plan para personas con necesidades especiales que adapte sus beneficios a mi afección crónica.
- ☐ Me determinaron no elegible para mi plan de necesidades especiales para condiciones crónicas (CSNP) y deseo inscribirme en otro plan.
Se me avisó el (inserte la fecha). ____ / ____ / ____
- ☐ Recientemente hubo cambios en mi situación con Medicaid (comencé a recibir Medicaid, cambió mi nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de Medicaid) el (inserte la fecha). ____ / ____ / ____
- ☐ Hubo un cambio reciente en la Ayuda Adicional con respecto al pago de los costos de medicamentos (acabo de obtener una Ayuda Adicional, cambió mi nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (inserte la fecha). ____ / ____ / ____
- ☐ Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan, y quiero escoger un plan distinto. Mi inscripción en ese plan inició el (inserte la fecha). ____ / ____ / ____
- ☐ Formo parte de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica. Los siguientes estados cuentan con un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) calificado: Delaware, Indiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Missouri, New Jersey, New Mexico, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont, Wisconsin.
- ☐ Perderé la asistencia de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica. Perdí la asistencia el (inserte la fecha). ____ / ____ / ____
- ☐ Yo, o la persona en quien confío para tomar decisiones sobre mi atención de salud, fui afectado/a por una emergencia o una catástrofe (declarada por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias o el Gobierno federal, estatal o local). Una de las otras afirmaciones de esta página se aplicaba a mi caso, pero no pude hacer la solicitud debido a la catástrofe.
No pude inscribirme durante el período de inscripción para: _____



- ☐ Me inscribiré en un Medicare Plan calificado con 5 estrellas.
- ☐ Tengo un plan que ha obtenido una calificación menor de 3 estrellas en los últimos 3 años. Quiero inscribirme en un plan con una calificación de 3 estrellas o más.
- ☐ Tengo un plan que ahora está a cargo del Estado debido a problemas financieros (intervención por insolvencia). Quiero inscribirme en otro plan.
- ☐ 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.
El formato accesible que solicité anteriormente fue: _____
- * Nota: Los formatos accesibles incluyen, entre otros, braille, CD de datos, letra grande.
- ☐ 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 en un Medicare Advantage Plan con cobertura de medicamentos.
- * Si paga la prima de la Parte A y se inscribe en la Parte B durante el período general de inscripción, tendrá 2 meses después de inscribirse en la Parte B para adherirse a un plan.
Me inscribí el (inserte la fecha). _____ / ____ / _____
- ☐ Me inscribí en la Parte A (seguro de hospital) o en la Parte B (seguro médico) durante un período de inscripción especial para el cual calificaba debido a una situación excepcional. Me inscribí el (inserte la fecha). _____ / ____ / _____
- ☐ Tengo Medicare y recibo todos los beneficios de Medicaid. Deseo inscribirme en un plan para personas con necesidades especiales y doble elegibilidad totalmente integrado (FIDE SNP), un plan para personas con necesidades especiales y doble elegibilidad altamente integrado (HIDE SNP) o un plan integrado aplicable (AIP).
- ☐ Tengo cobertura para medicamentos de Medicare (Parte D) a través de un plan Medicare Advantage. Quiero unirme a un plan de salud Medicare diferente que no incluya cobertura de medicamentos, para poder cambiarme a una cobertura de medicamentos acreditable fuera de Medicare. * NOTA: Solo aplica a planes de MA.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o no lo sabe con certeza, comuníquese con Wellcare al 1-844-480-0680 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es el siguiente: entre el 1.º de octubre y el 15 de diciembre, los representantes estarán disponibles de domingo a sábado, de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 16 de diciembre y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a sábado, de 8 a. m. a 8 p. m.

Debe continuar pagando su prima de Medicare Part B. Sin embargo, el estado cubrirá su prima de la Parte B si usted es beneficiario con doble elegibilidad y beneficios completos, siempre que conserve su elegibilidad para Medicaid.



