



Por favor complete el formulario de inscripción 2010 y devuélvalo a:

WellCare  
P.O. Box 69328  
Harrisburg, PA 17106

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con Servicio al Cliente al 1-888-908-5252 (los usuarios de TTY deben marcar 1-888-816-5252), de lunes a domingo de 7 am a 2 am, hora del este.

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL AL PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA MEDICARE DE WELLCARE 2010

**Para inscribirse en WellCare Prescription Insurance, Inc.,  
por favor provea la siguiente información:**

**Por favor marque el plan en el que desea inscribirse:**     WellCare Signature (PDP) \$ \_\_\_\_ por mes     WellCare Classic (PDP) \$ \_\_\_\_ por mes

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial intermedia: \_\_\_\_\_     Sr.     Sra.     Srta.

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    Sexo:     M     F    Número de teléfono de su hogar: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de residencia permanente:

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

**Dirección de correo** (sólo si es diferente a la dirección de residencia permanente):

Dirección:

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

## Por favor provea la información de su seguro de Medicare:

**Para completar esta sección, por favor consulte  
su tarjeta de Medicare.**

- Por favor complete estos espacios en blanco para que la información ingresada coincida con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare
- O -
- Adjunte una copia de su tarjeta Medicare o una carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación del Ferrocarril

Para inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, usted debe tener la Parte A o la Parte B de Medicare (o ambas).



Nombre: \_\_\_\_\_

Número de reclamación de Medicare: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Tiene derecho a: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_

**HOSPITAL (Parte A)** \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN MÉDICA (Parte B)** \_\_\_\_\_

## Sólo para uso del productor que escribe/oficina:

Nombre del miembro del personal/agente/agente (si prestó asistencia en la inscripción): \_\_\_\_\_

Firma del productor: \_\_\_\_\_

Fecha de recibo de la aplicación: \_\_\_\_\_ Iniciales del productor: \_\_\_\_\_ ID del productor: \_\_\_\_\_

Código de consentimiento/alcance (AVL): \_\_\_\_\_ ID de TeleApp/confirmación: \_\_\_\_\_

**Si se encuentra un representante debido a un poder legal permanente para el cuidado de la salud (DPAHC), un representante autorizado o un testigo, por favor provea la siguiente información: COPIA DE LA PRUEBA DE TUTOR LEGAL, DPAHC O PRUEBA DE AUTORIZACIÓN CONFORME A LAS LEYES ESTATALES.**

No. de ID del plan: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_     IEP     AEP     SEP (tipo): \_\_\_\_\_     No elegible

Por favor desprecnda a lo largo de la línea antes de enviar por correo

## Pago de la prima de su plan:

**Cada mes, usted puede pagar la prima mensual de su plan por correo, o transferencia electrónica de fondos (EFT). También puede solicitar que su prima sea descontada automáticamente de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social cada mes.**

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener ayuda adicional para pagar sus costos de medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagar el 75% de sus costos de medicamentos, incluidas las primas mensuales de sus medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califican no tendrán un intervalo sin cobertura o una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para más información sobre 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 por Internet en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si usted califica para recibir ayuda adicional con sus gastos de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan. Si Medicare sólo cubre una parte de esta prima, le enviaremos una cuenta por el monto restante.

Si no elige una opción de pago, recibirá una cuenta todos los meses.

### Por favor elija una opción para pagar las primas:

- Descuento automático de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social. (El descuento del Seguro Social puede tardar dos meses o más en comenzar a aplicarse. En la mayoría de los casos, el primer descuento de su cheque de beneficios del Seguro Social incluirá todas las primas adeudadas, desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta el comienzo de los descuentos automáticos.)
- Recibir una factura.

**Nota:** Si usted desea que las primas mensuales de su plan sean deducidas de su cuenta bancaria en vez de tener que enviar un cheque cada mes, debe completar un formulario de transferencia electrónica de fondos (EFT). Puede encontrar este formulario en nuestro sitio web en [www.wellcarepdp.com](http://www.wellcarepdp.com) o llamar a Servicio al Cliente al 1-888-908-5252 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-816-5252), de lunes a domingo de 7 am a 2 am, hora del este, para solicitar un formulario de EFT. Una vez que recibamos el formulario en nuestras oficinas, el proceso puede demorar hasta dos meses para entrar en vigencia. Hasta tanto comiencen las extracciones de EFT, usted deberá continuar pagando su factura mensual.

### Por favor lea y responda estas preguntas importantes:

1. Algunos individuos pueden tener otra cobertura de medicamentos con receta, incluyendo otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de VA o programas de asistencia farmacéutica del Estado.

¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos con receta, además de WellCare?  Sí  No

Si responde "Sí", por favor liste su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación (ID) de esta cobertura:

Nombre de otra cobertura:	No. de ID de esta cobertura:	No. de grupo de esta cobertura:
---------------------------	------------------------------	---------------------------------

2. ¿Es usted residente en una institución de cuidado a largo plazo, como un hogar de descanso?  Sí  No

Si responde "Sí", por favor provea la siguiente información:

Nombre de la institución:
Dirección y número de teléfono de la institución:

Por favor **MARQUE UNA** de estas casillas para indicar el idioma en el que prefiere recibir información:  Inglés  Español

### Por favor **MARQUE UNA** de estas casillas si prefiere recibir la información en otro formato:

- Letra de mayor tamaño  Cinta casete de audio  Disco compacto de audio (CD)  Sistema Braille

Por favor comuníquese con WellCare al 1-888-908-5252 para informarse sobre la disponibilidad de la información en un formato o idioma diferentes de los indicados anteriormente. TTY deben llamar al 1-888-816-5252. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo de 7 am a 2 am, hora del este.



## Por favor lea esta información importante:

**Si usted es miembro de un plan Medicare Advantage** (como una HMO o una PPO), es posible que ya cuente con la cobertura de medicamentos con receta que satisfaga sus necesidades. Al inscribirse en WellCare, su membresía en su plan Medicare Advantage puede terminar. Esto afectará su cobertura médica y de hospital y también su cobertura de medicamentos con receta. Lea la información que su plan Medicare Advantage le envía y si tiene alguna pregunta comuníquese con el plan Medicare Advantage.

**Si usted actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o unión, el inscribirse en WellCare podría afectar los beneficios de salud de su empleador o unión.** Usted podría perder su cobertura de salud de empleador o unión si se inscribe en WellCare. Lea los comunicados que su empleador o unión le envían. Si tiene preguntas, visite su sitio web, o comuníquese con la oficina que se indica en sus comunicados. Si no hay información de contacto, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura podrán ayudarle.

## Por favor lea y firme más abajo:

### **Al completar esta solicitud de inscripción, acuerdo a lo siguiente:**

WellCare es un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. Entiendo que esta cobertura de medicamentos con receta es una adición a mi cobertura bajo Medicare; por lo tanto, necesitaré mantener mi cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare. Es mi responsabilidad informar a WellCare sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o pueda obtener en el futuro. Solamente puedo estar inscrito en un plan de medicamentos con receta a la vez —si actualmente estoy inscrito en un plan de medicamentos con receta de Medicare, mi inscripción en WellCare cancelará esa inscripción. La inscripción en este plan es generalmente para todo el año. Una vez que me inscriba, podré abandonar este plan o hacer cambios si se dispone de un período de inscripción, por lo general durante el Período de Inscripción Anual (del 15 de noviembre al 31 de diciembre), a menos que califique para ciertas circunstancias especiales.

WellCare presta servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área donde WellCare presta servicio, necesito notificar al plan para que yo pueda cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Entiendo que debo utilizar las farmacias de la red para acceder a los beneficios de WellCare, excepto en una emergencia cuando no pueda razonablemente utilizar dichas farmacias. Una vez que soy miembro de WellCare, tengo el derecho a apelar las decisiones del plan sobre pago o servicios si no estoy de acuerdo. Yo leeré el documento de Evidencia de Cobertura de WellCare cuando lo reciba para conocer las reglas que debo seguir a fin de recibir cobertura.

Entiendo que si cancelo mi inscripción en este plan y no tengo u obtengo otra cobertura de medicamentos con receta de Medicare u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable (al menos equivalente a la de Medicare), tal vez deba pagar una multa por inscripción tardía además de la prima por mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare en el futuro.

Entiendo que si estoy recibiendo asistencia de un agente de ventas, agente u otra persona empleada o contratada por WellCare, esta persona puede recibir compensación sobre la base de mi inscripción en WellCare. Es posible que en mi Estado se disponga de servicios de asesoramiento con respecto al seguro suplementario de Medicare o a otras opciones de planes Medicare Advantage o de medicamentos con receta, con respecto a asistencia médica por medio del programa de Medicaid del Estado y el Programa de Ahorro de Medicare.

### **Divulgación de información:**

Al inscribirme a este plan de medicamentos con receta de Medicare, reconozco que WellCare divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para las operaciones de tratamiento, pago y cuidado de la salud. También reconozco que WellCare divulgará mi información, incluida la información sobre medicamentos con receta, a Medicare, quien podrá divulgarla con fines de investigación o de otro tipo, siempre que se encuentren de conformidad con las leyes y reglamentaciones federales aplicables. La información contenida en este formulario de inscripción es correcta a mi mejor saber y entender. Entiendo que si proveo intencionalmente información falsa en este formulario, mi inscripción en el plan será cancelada.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi representación, conforme a las leyes del Estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si es firmada por un individuo autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica que: 1) dicha persona está autorizada a completar esta inscripción conforme a las leyes del Estado; y 2) la documentación de esta autoridad estará disponible en caso de ser solicitada por WellCare o por Medicare.

<b>Envío por correo:</b> WellCare P.O. Box 69328 Harrisburg, PA 17106	<b>Firma:</b>
	<b>Fecha de hoy:</b>

### **Si usted es el representante autorizado, debe firmar más arriba y proveer la siguiente información:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_

¿Desea que toda la correspondencia sea enviada a la dirección indicada más arriba?  Sí  No

Por favor despegue a lo largo de la línea antes de enviar por correo

## Certificación de elegibilidad para un período de inscripción:

**Normalmente, usted puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare únicamente durante el período de inscripción anual del 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año.** Además, hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare fuera del período de inscripción anual.

Por favor lea las siguientes declaraciones atentamente y marque la casilla correspondiente si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su mejor entender, es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, su inscripción puede ser cancelada.

- Soy nuevo en Medicare.
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi actual plan de salud, o me mudé recientemente, o este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- Ya no califico para recibir ayuda adicional para pagar mis medicamentos con receta de Medicare. Dejé de recibir ayuda adicional el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- Me voy a mudar, resido en una institución de cuidado a largo plazo o recientemente salí de ella (por ejemplo, un hogar de descanso). Me mudé/mudaré en/saldré de la institución el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- Recientemente cancelé mi inscripción en un programa PACE el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- Recientemente perdí involuntariamente una cobertura de medicamentos con receta acreditable (cobertura al menos equivalente a la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- Cancelaré mi cobertura de empleador o unión el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- Soy beneficiario tanto de Medicare como de Medicaid, o mi Estado contribuye a pagar mis primas de Medicare.
- Recibo ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Pertenezco a un Programa de asistencia farmacéutica provisto por mi Estado.
- Recientemente volví a los Estados Unidos, luego de haber vivido permanentemente fuera de los Estados Unidos. Volví a los Estados Unidos el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- Ninguna de estas declaraciones se aplica a mi.\*

\* Para averiguar si usted es elegible para inscribirse, comuníquese con WellCare al 1-888-908-5252. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo de 7 am a 2 am, hora del este. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-816-5252.