



Plan de Medicamentos con Receta de Medicare de WellCare para 2012

Formulario de inscripción individual

Cómo inscribirse en WellCare

- 1 Por favor comuníquese con WellCare si necesita información en otro idioma o formato (sistema Braille).
- 2 Por favor lea este formulario de inscripción en su totalidad para asegurarse de comprender la información.
- 3 Cuando esté listo, complete el formulario de inscripción en su totalidad. Asegúrese de escribir con claridad y marcar la casilla o círculo correspondiente.
- 4 Una vez que lo haya diligenciado, no se olvide de firmar y colocar la fecha.
- 5 Devuelva el formulario diligenciado/firmado a WellCare usando el sobre de respuesta comercial adjunto.
- 6 Si necesita servicios antes de recibir su tarjeta de ID de WellCare, usted puede utilizar una copia de este formulario diligenciado.

Tres maneras fáciles para inscribirse en WellCare



Llame a WellCare al 1-877-818-8741. El horario de atención es de lunes a domingo de 8 a.m. a 2 a.m., hora del este. Entre el 2/15/12 y el 10/14/12, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 2 a.m., hora del este. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-888-816-5252.



Inscríbese por Internet en www.wellcarepdp.com.



Inscríbese por Internet en www.medicare.gov.


Obtenga más de su MedicareSM

This information is available for free in other languages. Please contact our Customer Service number at 1-877-374-4056 for additional information.

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Para información adicional, por favor comuníquese con Servicio al Cliente al 1-877-374-4056.



¡Siempre estamos a solo una llamada de distancia!

Si usted está listo para inscribirse o tiene preguntas acerca de la inscripción, llame al **1-877-818-8741**.

Si usted *ya* es un miembro, llame al número indicado a continuación.

Planes de Medicamentos con Receta	Classic/Signature	1-888-550-5252
	TTY.....	1-888-816-5252

El horario de atención es de lunes a domingo de 8 a.m. a 2 a.m., hora del este. Entre el 2/15/12 y el 10/14/12, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 2 a.m., hora del este. O visítenos en cualquier momento en www.wellcarepdp.com.

Pago de la prima de su plan:

Usted puede pagar su prima mensual (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía que pueda deber) por correo 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 de Jubilación del Ferrocarril (RRB) cada mes, si es elegible.

Si se le asigna un monto de ajuste mensual para la Parte D relacionado con los ingresos, será notificado por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable del pago de este monto adicional, además de la prima de su plan. El monto será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB, o Medicare le enviará una factura. NO debe pagar el monto adicional de IRMAA de la Parte D a WellCare.

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% o más 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 intervalo sin cobertura y tampoco la 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 o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si usted califica para recibir Ayuda Adicional con sus costos de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan. Si Medicare solo paga una parte de esta prima, le enviaremos una factura por el monto que Medicare no cubre. Si no elige una opción de pago, usted recibirá un libro de cupones para pagar sus primas mensuales.

Por favor elija una opción para pagar la prima:

Seguro Social Junta de Jubilación del Ferrocarril

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación del Ferrocarril (RRB) (si es elegible). La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar dos meses o más en comenzar a aplicarse luego de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta el comienzo de la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, o aprueba las deducciones para que comiencen después de la fecha de vigencia de la inscripción, le enviaremos una factura por sus primas mensuales.

Obtenga un libro de cupones para los pagos de su prima mensual.

Nota: Si usted desea que las primas mensuales de su plan sean deducidas de su cuenta bancaria (de cheques/de ahorro) en lugar de utilizar sus cupones de primas mensuales cada mes, debe completar un formulario de Transferencia Electrónica de Fondos (EFT). Puede encontrar este formulario en nuestro sitio web en www.wellcarepdp.com o llamar a Servicio al Cliente al 1-888-550-5252 (los usuarios de TTY llamen al 1-888-816-5252), de lunes a domingo de 8 a.m. a 2 a.m., hora del este para solicitar un formulario de EFT. Entre el 2/15/12 y el 10/14/12, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 2 a.m., hora del este. Una vez que recibamos su documentación, el proceso puede demorar hasta dos meses para entrar en vigencia. Usted deberá continuar pagando su factura mensual hasta que las extracciones de EFT hayan comenzado.

Por favor lea y responda estas preguntas importantes:

1. Algunos individuos pueden tener otra cobertura de medicamentos, 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) para esta cobertura:

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

2. ¿Es usted residente de 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 COMPLETE uno de estos círculos para indicar el idioma en el que prefiere recibir información: Inglés Español

Por favor COMPLETE el círculo si prefiere recibir la información en letra de mayor tamaño:

Por favor comuníquese con WellCare al 1-888-550-5252 con respecto a la disponibilidad de la información en un formato o idioma diferente de los indicados anteriormente. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-816-5252. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo de 8 a.m. a 2 a.m., hora del este. Entre el 2/15/12 y el 10/14/12, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 2 a.m., hora del este.



Por favor lea esta información importante:

Si usted es miembro de un plan de 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 de 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 de Medicare Advantage le envía y si tiene alguna pregunta comuníquese con el plan de Medicare Advantage.

Si usted actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o unión, su inscripción 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 las comunicaciones que su empleador o unión le envían. Si tiene preguntas, visite su sitio web, o comuníquese con la oficina que se indica en sus comunicaciones. 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 y ha firmado un contrato con el gobierno federal. 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 retirarme de 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 octubre al 7 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. 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 me retiro de 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, él/ella 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 de 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 en 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 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 nombre, 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 Medicare.

Envío por correo a: WellCare
P.O. Box 31411
Tampa, FL 33631-3411

Firma: _____

Fecha de hoy: / /

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

¿Desea que toda la correspondencia sea enviada a su representante autorizado? Sí No

Nombre: _____ Número de teléfono: (_____) _____

Dirección: _____ Relación con el afiliado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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 octubre al 7 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 complete el círculo correspondiente si la declaración se aplica a usted. Al completar cualquiera de los siguientes círculos, 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 plan actual, o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el ____/____/____.
- Recientemente volví a los Estados Unidos, luego de haber vivido permanentemente fuera de los E.E.U.U. Volví a los E.E.U.U. el ____/____/____.
- Tengo Medicare y Medicaid, o mi estado contribuye a pagar mis primas de Medicare.
- Recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- 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 o entraré/saldré de la institución el ____/____/____.
- Cancelé recientemente mi inscripción en un programa PACE en ____/____/____.
- 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 ____/____/____.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica provisto por mi estado.
- Mi plan está finalizando el contrato con Medicare, o Medicare está finalizando el contrato con mi plan.
- Estoy presentando esta solicitud de inscripción entre el 1 de enero y el 14 de febrero, y recientemente finalicé mi inscripción en un plan de Medicare Advantage. Dejé mi plan de Medicare Advantage el ____/____/____.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con WellCare al 1-877-818-8741 a fin de determinar si usted es elegible para inscribirse. El horario de atención es de lunes a domingo de 8 a.m. a 2 a.m., hora del este. Entre el 2/15/12 y el 10/14/12, los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 2 a.m., hora del este. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-816-5252.

Solo para uso de la oficina/el productor que escribe:

Nombre del miembro del personal/agente/intermediario (si prestó asistencia en la inscripción): _____

Firma del productor: _____ Fecha en que la aplicación fue recibida: / /

Iniciales del productor: Producer ID:

Código de consentimiento/ alcance (AVL):

Verificación de solicitud impresa (PAV):

Verificación de planes de Necesidades Especiales (si aplica):

Si se encuentra un representante con un Poder Legal Permanente para el Cuidado de la Salud (DPAHC), un representante autorizado o un testigo, por favor provea la siguiente información: UNA 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: ____/____/____

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

41214