

Wellcare by Allwell
Planes Medicare Advantage
**Formulario de inscripción
individual para el beneficio
opcional de 2023**



Wellcare ofrece beneficios opcionales por una prima mensual adicional del plan. Este formulario solo puede ser utilizado por nuestros miembros actuales que han agregado el paquete de beneficios opcionales a su plan actual Wellcare Medicare Advantage o que ya están inscritos en un paquete de beneficios opcionales y se están cambiando a una opción de paquete diferente. La prima por los beneficios complementarios opcionales se paga de forma adicional a la prima mensual del plan y la prima de Medicare Parte B.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA.

Apellido como se muestra en su tarjeta de Medicare		Nombre	Inicial de segundo nombre
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección de residencia permanente			
<input type="text"/>			
Ciudad	Estado	Código postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Condado de la dirección de residencia permanente	Número de teléfono		
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Dirección postal (si es diferente de la anterior)			
<input type="text"/>			
Ciudad	Estado	Código postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección de correo electrónico (este campo es obligatorio si desea recibir documentos en línea)			Sexo
<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> M
			<input type="checkbox"/> F
Fecha de nacimiento			
<input type="text"/>			
M M D D A A A A			
N.º de Medicare (de la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)		Plan Wellcare Medicare Advantage	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Una vez que haya completado este formulario, envíelo por correo a la siguiente dirección:
Wellcare By Allwell, PO Box 10420, Van Nuys, CA 91410-0420

Complete esta sección si desea inscribirse en un paquete de beneficios opcionales.

Actualmente estoy inscrito en un plan Wellcare Medicare Advantage, pago una prima mensual del plan de \$ y deseo inscribirme en el paquete de beneficios opcionales por una prima mensual adicional de \$.

Complete esta sección si es miembro actual y está cambiando de paquete de beneficios opcionales.

En la actualidad, estoy inscrito en un plan Wellcare Medicare Advantage Y en un paquete de beneficios opcionales , y deseo cambiarme al paquete de beneficios opcionales por una prima mensual adicional de \$.

No utilice este formulario para cambiar el plan Wellcare Medicare Advantage.

Si elige un paquete de beneficios opcionales que incluye una HMO dental, seleccione un proveedor dental del Directorio de proveedores dentales de Wellcare.

Nombre del proveedor

N.º de ID del proveedor

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

Seleccione una opción para el pago de la prima:

- Obtener una factura
- Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB). Recibo beneficios mensuales de la siguiente agencia:
- Seguro Social RRB

(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, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

El plazo de inscripción para los nuevos miembros es hasta el final del primer mes de inscripción inicial. Los beneficios entrarán en vigor el primer día del mes siguiente. Entiendo que, a fin de ser elegible para el paquete de beneficios suplementarios opcionales, debo seguir siendo miembro de un plan Wellcare Medicare Advantage. Si cancelo la inscripción de mi plan, se cancelará automáticamente la inscripción en el paquete de beneficios suplementarios opcionales. Si suspendo el pago del paquete de beneficios suplementarios opcionales, mi membresía en ese paquete finalizará, y el estado de mi inscripción al plan Medicare Advantage (médico) no se verá afectado. Mi cobertura predeterminada será únicamente mi plan estándar Wellcare Medicare Advantage (médico).

Usted puede anular su inscripción en esta opción en cualquier momento; para ello, debe enviar una notificación por escrito a Wellcare. Pero una vez que se cancele la inscripción, la reinscripción durante el mismo año calendario será limitada. Los períodos de elección disponibles para los beneficios opcionales son del 15 de octubre de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022 para una entrada en vigor el 1 de enero de 2023; y del 1 de enero de 2023 al 31 de enero de 2023 para una entrada en vigor el 1 de febrero de 2023.

Si elige la opción HMO, entiendo que, a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura para este paquete de beneficios opcionales, para que se cubran los servicios, usted debe obtenerlos a través de proveedores contratados de Wellcare, con la excepción de emergencias o servicios urgentemente necesarios, según se describe en el *Resumen de beneficios* o en la *Evidencia de cobertura* (EOC).

Divulgación de información

Autorizo a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) a proporcionar información al plan, y autorizo al plan, a los médicos y a las clínicas del plan, o a cualquier otra persona que tenga información médica u otra información relevante sobre mí, a brindar a los CMS o a los agentes de los CMS la información necesaria para ejecutar el programa de Medicare. También otorgo al plan autorización para divulgar información necesaria u otra información relevante acerca de mí a los proveedores de servicios.

Entiendo que firmar esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud, y que me comprometo a respetar las normas del plan sobre los planes de beneficios opcionales. (Lea el documento de la *Evidencia de cobertura* para saber qué reglas debe seguir a fin de recibir la cobertura de Wellcare).

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

M M D D A A A A

Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información:

Apellido	Nombre	Inicial de segundo nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Relación con el solicitante

Número de teléfono

 - -

Gracias por elegir Wellcare. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro al número que aparece en el reverso de su tarjeta de ID de miembro (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están 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 están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Pero tenga en cuenta que, durante los fines de semana y feriados desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, es posible que nuestro sistema telefónico automático responda su llamada. Deje su nombre y número de teléfono, y le llamaremos en el plazo de un (1) día hábil.

SOLO PARA USO INTERNO:

N.º del grupo

Fecha de entrada en vigor de la cobertura

M M D D A A A A

Corrección de la información de los miembros

