

# Formulario de solicitud de inscripción individual en un plan Medicare Prescription Drug (Parte D)



## ¿Quién puede usar este formulario?

Los miembros de Medicare que desean inscribirse en un plan Medicare Prescription Drug

Para inscribirse en un plan, debe cumplir con estos requisitos:

- Ser ciudadano estadounidense o haber legalizado su presencia en los EE. UU.
- Residir en el área de servicio del plan

**Importante:** Para inscribirse en un plan Medicare Prescription Drug, también debe contar con alguno de los siguientes, o con ambos:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)

## ¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede inscribirse en un plan en estos momentos:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para recibir cobertura a partir del 1 de enero)
- En un plazo de 3 meses a partir de la fecha de obtención de Medicare
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de planes

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 todas las preguntas marcadas con un asterisco (\*). Las preguntas que no tienen un asterisco (\*) son opcionales. No se le puede negar la cobertura por no completarlas.

## Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), debe enviar al plan el formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima de este. Puede optar por inscribirse para obtener el monto de los pagos de primas deducido de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual de seguridad social (o Junta Ferroviaria de Retiro).

## ¿Qué ocurre después?

Envíe su formulario completado y firmado a la siguiente dirección:

Wellcare  
PO Box 31411  
Tampa, FL  
33631-3411

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

## ¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Wellcare al **1-888-293-5151**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.

O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**.











Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos la información en un idioma distinto al inglés o en un formato accesible:

Español (donde esté disponible)  Tagalo (donde esté disponible)  Ilocano (donde esté disponible)   
Samoano (donde esté disponible)  Hawaiano (donde esté disponible)  Letra grande  Braille   
CD de Audio

Comuníquese con Wellcare mediante una llamada al **1-888-293-5151** si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto a los que se indicaron. Nuestro horario de atención es de domingo a sábado, de 8 a.m. a 8 p.m. Los miembros actuales también pueden llamar al número que aparece en su tarjeta de ID de miembro. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

### Pago de la prima de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (y cualquier multa por inscripción tardía que quizás deba) por correo postal, tarjeta de crédito, pago telefónico 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 Ferroviaria de Retiro (RRB) cada mes.

Si se le ha establecido un monto de ajuste mensual relevante a ingresos (IRMAA) de la Parte D, será notificado por la Administración del Seguro Social. Será responsable de pagar este monto adicional además de su prima del plan. El monto será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB o Medicare le enviará una factura directamente. NO pague el monto adicional de la Parte D-IRMAA a Wellcare.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar el 75% o más del costo de los medicamentos, incluidos las primas mensuales de medicamentos de venta con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califiquen no tendrán una interrupción en la cobertura o una multa por inscripción tardía. Incluso si tiene Ayuda Adicional ahora, es posible que necesite volver a solicitar la recertificación. Mucha gente es elegible para estos beneficios y ni siquiera lo sabe. Para obtener más información acerca de 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 en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp). Si califica para Ayuda Adicional con sus costos de cobertura del plan Medicare Prescription Drug, Medicare pagará la totalidad o parte de su prima del plan. Si Medicare paga únicamente una parte de esta prima, le facturaremos por el monto que no cubra Medicare. Si no selecciona una opción de pago, recibirá una libreta de cupones para pagar sus primas mensuales.

### Seleccione una opción para el pago de la prima:

Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria cada mes.

- No es necesario que recuerde enviar un cheque todos los meses.
- El dinero se retira automáticamente de su cuenta entre los días 15 y 20 de cada mes.
- Incluya un cheque ANULADO o proporcione lo siguiente:

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

(El nombre debe estar escrito en letra imprenta tal como aparece en la cuenta de la que se debitará el dinero).

Nombre del banco: \_\_\_\_\_





Número de enrutamiento (incluya el número de 9 dígitos)

Número de cuenta

--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tipo de Cuenta:  Corriente  De ahorros

Firma del titular de la cuenta: (si no es el afiliado) \_\_\_\_\_

Acepto que esta autorización permanezca vigente hasta que yo comunique por escrito que deseo finalizar el servicio.

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB), si es elegible.

Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  Junta Ferroviaria de Retiro

(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, o aprueban el comienzo de las deducciones después de la fecha de vigencia de la inscripción, le enviaremos una factura por sus primas mensuales).

Reciba una libreta de cupones para los pagos de primas mensuales.

Nota: También puede pagar las primas de su plan mediante una tarjeta de crédito o por deducción de su cuenta bancaria (cuenta corriente o de ahorros), en lugar de utilizar los cupones mensuales. Para configurar el pago, visite nuestro sitio web [www.wellcare.com/PDP](http://www.wellcare.com/PDP) o llame a Servicios para Miembros al 1-888-293-5151.



**Lea esta información importante:**

**Si es miembro de un plan Medicare Advantage** (como HMO o PPO), es posible que ya tenga una cobertura de fármacos recetados de su plan Medicare Advantage que satisfaga sus necesidades. Al inscribirse en Wellcare, puede que se cancele su membresía en el plan Medicare Advantage. Esto afectará su cobertura con el médico y el hospital, así como su cobertura de medicamentos recetados. Lea la información que le envía su plan Medicare Advantage y, si tiene alguna pregunta, comuníquese con su plan Medicare Advantage.

**Si en este momento cuenta con una cobertura médica de un empleador o un sindicato, inscribirse en un plan de Wellcare podría afectar los beneficios médicos que recibe del empleador o sindicato.** Podría perder la cobertura médica del empleador o sindicato si se inscribe en Wellcare. Lea las comunicaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web, o comuníquese con la oficina señalada en sus comunicaciones. Si no hay ninguna información con respecto a quién contactar, puede recibir ayuda de su administrador de beneficios o de la oficina que responde preguntas acerca de su cobertura.

--	--	--	--	--	--



















