

Formulario de Solicitud de Inscripción Individual para Inscribirse en un Plan Medicare Advantage (Parte C)



¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran inscribirse en un plan Medicare Advantage o en un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare

Para unirse a un plan, usted debe:

- Ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener:

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

¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare
- En ciertas situaciones en las que se permite unirse o cambiar de plan

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para conocer más sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y su número de teléfono

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 haberlos completado.

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que se muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (por sus siglas en inglés, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-NEW. Se estima que el tiempo promedio requerido para completar esta información es de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de la información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de las estimaciones de tiempo o alguna sugerencia para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE: No envíe este formulario ni ningún otro elemento con su información personal (como reclamos, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Cualquier elemento que recibamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (según se indica en OMB 0938-1378) será destruido. No se guardará, revisará ni enviará al plan. Consulte la sección "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completado al plan.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima mensual del plan. Puede elegir inscribirse para que los pagos de la prima mensual se descuenten de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o del Consejo de Jubilación Ferroviaria).

¿Qué sucede a continuación?

Envíe su formulario completado y firmado a:

Allwell
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91499-6208

Una vez que procesen su solicitud de adhesión, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Allwell al 1-800-333-3930. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

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

En español: Llame a Allwell al 1-800-333-3930 (TTY: 711) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.



Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Elija el plan al que quiere unirse:

Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO C-SNP)^{1,2} H0351: incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica/insuficiencia cardíaca crónica (CHF), diabetes

038: Condados de Maricopa y Pinal, AZ \$0 por mes

Allwell Medicare Premier II (HMO)² H0351: incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica

052: Condados de Maricopa, Pima y Pinal, AZ \$0 por mes

053: Condados de Cochise, Santa Cruz, Yavapai y Yuma, AZ \$0 por mes

Allwell Medicare Boost (HMO)² H0351: incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica

054: Condados de Cochise, Santa Cruz y Yuma, AZ \$0 por mes

Allwell Medicare (HMO)² H5590: incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica

004: Condados de Yavapai y Yuma, AZ \$29 por mes

Allwell Medicare Essentials (HMO) H5590: incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica

005: Condados de Maricopa y Pinal, AZ \$0 por mes

Allwell Medicare Essentials I (HMO)² H5590: incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica

007: Condados de Cochise, Santa Cruz y Yuma, AZ \$24.20 por mes

Allwell Dual Medicare (HMO D-SNP)^{1,2} H5590: incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica

008: Condados de Cochise, Gila, Graham, Greenlee, La Paz, Maricopa, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma, AZ \$0 a \$36.10* por mes

¹Debe cumplir con los criterios de inscripción específicos para inscribirse en este plan.

²Este plan no ofrece un paquete de beneficios suplementarios opcionales.

*La prima mensual real está basada en el estado de su subsidio por ingreso bajo.



Beneficios suplementarios opcionales por una prima mensual adicional

NOMBRE DEL PLAN	BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS OPCIONALES
Allwell Medicare Essentials (HMO) H5590-005	<input type="checkbox"/> Allwell Pure Dental \$32 por mes

Monto de la prima mensual del plan (incluye el monto de la prima mensual del paquete de beneficios suplementarios opcionales)

\$

Fecha de entrada en vigor solicitada

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M	M	D	D	A	A	A	A



Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Nombre

Apellido

Opcional: Inicial
del 2.º nombre

Fecha de nacimiento

M M D D A A A A

Sexo

- Masculino
 Femenino

Número de teléfono

 - -

Dirección de domicilio permanente (no escriba un apartado postal)

Ciudad

Opcional: Condado

Estado

Código postal

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se acepta apartado postal)

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Su información de Medicare:

Número de Medicare

Tiene derecho a:

SEGURO
HOSPITALARIO
(Parte A)

SEGURO MÉDICO
(Parte B)

Entrada en vigor

M M D D A A A A

M M D D A A A A

Usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Lea y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Tendrá otra cobertura para medicamentos que requieren receta médica (como VA, TRICARE) además de Health Net?

Sí No

Nombre de la otra cobertura

N.º de miembro de esa cobertura

N.º de grupo de esa cobertura

2. ¿Tiene insuficiencia cardíaca crónica (CHF) o diabetes?

Sí No



IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo tener tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el médico (Parte B) para permanecer en Allwell.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage o en el plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare, reconozco que Allwell compartirá mi información con Medicare, quien podrá utilizarla para dar seguimiento a mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- La información contenida en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si intencionalmente incluyo información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas que tienen Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare cuando se encuentran fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
- Entiendo que, cuando comience mi cobertura de Allwell, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos que requieren receta médica de Allwell. Estarán cubiertos los beneficios y servicios brindados por Allwell e incluidos en la “Evidencia de Cobertura” de Allwell (también conocida como contrato de inscripción o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni Allwell pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente a actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo su contenido. Si firma un representante autorizado (como se explica arriba), esta firma certifica lo siguiente:
 - 1) Dicha persona está autorizada conforme a las leyes estatales para completar esta inscripción.
 - 2) Toda documentación de esta autoridad está disponible a solicitud por parte de Medicare.

Fecha de hoy

M	M	D	D	A	A	A	A

Firma

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre

Dirección

Número de teléfono

 - -

Relación con la persona inscrita



Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura por no haberlas completado.

Marque un casillero si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

Español

Marque un casillero si desea que le enviemos información en otro formato accesible.

Braille Letra grande CD de audio

Comuníquese con Allwell al 1-800-977-7522 si necesita información en un formato accesible distinto de los mencionados arriba. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Se utiliza un sistema de mensajes después del horario de atención, durante los fines de semana y los feriados nacionales. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

1. ¿Usted trabaja? Sí No

2. ¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Escriba el nombre de su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Quiero recibir el siguiente material por correo electrónico.

Marque una o más opciones.

Explicación de Cobertura (por sus siglas en inglés, EOC)

Envíenme un enlace para recibir mi material de beneficios en línea

Dirección de correo electrónico:



Cómo pagar las primas mensuales de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o deba) por correo, “transferencia electrónica de fondos (TEF)”, o “tarjeta de crédito” todos los meses. **También puede elegir pagar su prima mensual haciendo que se deduzca automáticamente de su de beneficio del Seguro Social o del Consejo de Jubilación Ferroviaria (por sus siglas en inglés, RRB) todos los meses.**

Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto adicional además de la prima mensual de su plan. Por lo general, el monto se deduce de su beneficio del Seguro Social, o usted podría recibir una factura de Medicare (o del RRB). NO le pague a Allwell el IRMAA de la Parte D.

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

Seleccione una opción de pago de la prima mensual:

- Recibir una factura
- Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o del Consejo de Jubilación Ferroviaria (RRB). Recibo beneficios mensuales de:
 - Seguro Social
 - RRB

(La deducción del Seguro Social/RRB puede demorar dos o más meses en empezar desde que el Seguro Social o el RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o el RRB aceptan su pedido de una deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o del RRB incluirá todas las primas mensuales adeudadas desde la fecha de entrada en vigor de su inscripción hasta la fecha en que inician las retenciones. Si el Seguro Social o el RRB no aprueba su pedido de una deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales).

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (por sus siglas en inglés, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA) o de medicamentos que requieren receta médica (por sus siglas en inglés, PDP), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (por sus siglas en inglés, CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare como se especifica en la Notificación del Sistema de Registros (por sus siglas en inglés, SORN) “Medicare Advantage con medicamentos que requieren receta médica (MARx)”, N.º de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.



OFFICE USE ONLY:

Name of staff member/agent/broker (if assisted in enrollment):

Plan ID #: **Effective date of coverage:**
M M D D Y Y Y Y

ICEP/IEP AEP SEP (type): Not eligible

Allwell sales representative/Authorized agent

(individual sales representative/agent who completed the application)

Agent type (select one): Authorized agent Allwell employee

Complete section below:

Sales rep/Agent name Sales rep/Agent NPN #

Agency/FMO affiliation: (if applicable) Agent ID#:

This information must match your approved Allwell licensing records.

Agent phone #: - -

Email **Agency/FMO phone # (if applicable)** - -

Sales representative/authorized agent application receipt date:
M M D D Y Y Y Y

(Applications must be received at Allwell within 1 calendar day of this date.)

Application receipt location: Appointment Sales event Walk-in

Other (specify):

Provider information for HMO plans:

PCP name: PCP NPI:

PPG name: PPG ID:

Is PCP/PPG selected accepted for the plan chosen? Yes No

Current patient? Yes No

Broker Application Submissions: Sales representative/Agent must fax the Scope of Appointment and Enrollment Forms to 1-844-222-3180.



Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que le pueden permitir inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea cuidadosamente los siguientes enunciados y marque el casillero si se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted está certificando que, a su leal saber y entender, es elegible para un Período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que cancelemos su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero realizar un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (por sus siglas en inglés, MA OEP).
- Recientemente me he mudado fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me he mudado y este plan es una nueva opción para mí. Me he mudado el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente fui liberado de prisión. Fui liberado el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente he regresado a los Estados Unidos después de vivir en forma permanente fuera de los Estados Unidos. Regresé a los Estados Unidos el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente obtuve un estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente hubo un cambio en mi situación de Medicaid (adquirí Medicaid recientemente, hice un cambio en el nivel de la asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente hubo un cambio en la situación de mi *Ayuda Adicional* para la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare (adquirí recientemente *Ayuda Adicional*, hice un cambio en el nivel de *Ayuda Adicional* o perdí la *Ayuda Adicional*) el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas mensuales de Medicare) o recibo *Ayuda Adicional* para pagar mi cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare, pero no hubo ningún cambio.
- Me voy a mudar, vivo o recientemente me fui de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré/me fui del centro el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente he abandonado un programa PACE el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente y de forma involuntaria he perdido mi cobertura acreditable de medicamentos que requieren receta médica (cobertura tan buena como la de Medicare). He perdido mi cobertura para medicamentos el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Abandonaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacológica brindado por mi estado.
- Mi plan finaliza su contrato con Medicare, o Medicare finaliza su contrato con mi plan.



Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Estuve inscrito en un Plan de necesidades especiales (por sus siglas en inglés, SNP), pero he perdido las calificaciones de necesidades especiales requeridas para dicho plan. Mi inscripción en el SNP fue cancelada el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Me afectó una emergencia relacionada con el clima o un desastre importante (tal como lo declaró la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [por sus siglas en inglés, FEMA]). Uno de los demás enunciados que figuran aquí se aplicaban a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguno de estos enunciados se aplica a su caso, o si no está seguro, póngase en contacto con Allwell al 1-800-333-3930 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para verificar si es elegible para inscribirse. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Se utiliza un sistema de mensajes después del horario de atención, durante los fines de semana y los feriados nacionales.

Debe continuar pagando la prima mensual de la Parte B de Medicare. Sin embargo, para beneficiarios con elegibilidad completa o con doble elegibilidad, el estado cubrirá su prima mensual de la Parte B siempre y cuando usted siga siendo elegible para Medicaid.

Allwell tiene un contrato con Medicare para los planes HMO, HMO C-SNP y HMO D-SNP, y con algunos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Allwell depende de la renovación del contrato.

Los servicios del contrato se financian, en parte, en virtud del contrato con el estado de Arizona.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-333-3930 (TTY: 711).

FRM042616SK00 (8/20)



