

Allwell

Formulario de Inscripción Individual 2019



Comuníquese con Allwell si necesita información en otro idioma o formato (Braille).

Para inscribirse en Allwell, proporcione la siguiente información:

Marque el plan en el cual desea inscribirse.

- Allwell Medicare Premier (HMO)**
(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)
- H9276-002: Condado Duval \$0 por mes
- Allwell Medicare (HMO)**
(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)
- H9276-004: Condado Miami-Dade \$0 por mes
- H9276-012: Condado Broward \$0 por mes
- Allwell Dual Medicare (HMO SNP)¹**
(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)
- H5190-001: Condados de Baker, Duval, Hardee, Hernando, Lake Manatee, Marion, Martin y Volusia \$0-\$30.30* por mes
- H5190-002: Condados Hillsborough, Orange, Osceola, Palm Beach, Pasco, Pinellas, Polk, St. Lucie y Seminole \$0-\$30.30* por mes
- H5190-003: Condado Broward \$0-\$30.30* por mes
- H5190-004: Condado Miami-Dade \$0-\$30.30* por mes
- Allwell Medicare (HMO)**
(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)
- H9276-006: Condados Hillsborough, Pasco y Pinellas \$0 por mes
- H9276-021: Condado Palm Beach \$0 por mes
- H9276-022: Condado Polk \$0 por mes
- H9276-023: Condado Volusia \$0 por mes
- H9276-010: Condados Orange, Osceola y Seminole \$0 por mes

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

*La prima real se basa en el estado del Subsidio por ingreso bajo.



Para inscribirse en Allwell, proporcione la siguiente información:

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Apellido | Nombre | Inicial del segundo nombre | <input type="checkbox"/> Sr. |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Sra. |
| Fecha de nacimiento | Número de teléfono particular | | <input type="checkbox"/> Srta. |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | | |
| | Número de teléfono alternativo | | |
| | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | | |

Dirección permanente
(no se permite apartado postal)

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Ciudad | Condado | Estado | Código postal |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Dirección postal (solo en el caso de que fuera diferente a la dirección permanente)

Domicilio

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Ciudad | Estado | Código postal |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Dirección de Correo Electrónico (opcional)

| | | |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|
| Contacto de emergencia | Número de teléfono | Relación con usted |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

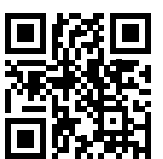
Proporcione información sobre su seguro de Medicare

Tenga a mano su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul, para completar esta sección.

- Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.
- O-
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o del Consejo de Jubilación Ferroviario.

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre (como figura en su tarjeta Medicare) | |
| <input type="text"/> | |
| Número de Medicare | |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Tiene derecho a: | Fecha de vigencia |
| HOSPITAL (Parte A) | <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 |
| MÉDICO (Parte B) | <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 |

Debe tener Medicare Parte A y Parte B para inscribirse en un plan Medicare Advantage.



Pagar su prima del plan

Para los Planes Medicare Advantage con medicamentos que requieren receta médica sin primas: Si determinamos que debe una multa por inscripción tardía (o si, actualmente, tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagarla por correo, por Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, por sus siglas en inglés) y/o con tarjeta de crédito mensualmente. También puede elegir pagar su multa por inscripción tardía mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o del Consejo de Jubilación Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés) cada mes. Si se determina una suma de ajuste mensual relacionada con el ingreso de la Parte D, se lo notificará la Administración del Seguro Social. Usted deberá pagar esa cantidad extra además de la prima del plan. La suma se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social; o bien, Medicare o el RRB le enviarán directamente la factura. NO le pague a Allwell la IRMAA de la Parte D.

Para todos los planes con primas: Puede pagar su prima mensual del plan (incluidas las multas por inscripción tardía que tenga actualmente o que deba) por correo, mediante transferencia electrónica de fondos (EFT) y/o con tarjeta de crédito cada mes. También puede elegir pagar su prima mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o del Consejo de Jubilación Ferroviario (RRB) cada mes.

Si se determina una suma de ajuste mensual relacionada con el ingreso de la Parte D, se lo notificará la Administración del Seguro Social. Usted deberá pagar esa cantidad extra además de la prima del plan. La suma se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social; o bien, Medicare o el RRB le enviarán directamente la factura. NO le pague a Allwell la IRMAA de la Parte D.

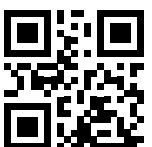
Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir *Ayuda Adicional* para pagar los costos de sus medicamentos que requieren receta médica. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de sus costos de medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos que requieren receta médica, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califican no estarán sujetas a la brecha de cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta *Ayuda Adicional*, comuníquese con su 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 línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan si usted califica para recibir *Ayuda Adicional* para los costos de la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos la cantidad que Medicare no cubra.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura mensualmente.

Seleccione una opción de pago de la prima:

- Recibir una factura
- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o del Consejo de Jubilación Ferroviario (RRB). Recibo beneficios mensuales de: Seguridad Social RRB
- (La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar dos meses o más en empezar después de que el Seguro Social o el RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o el RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o el RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta el momento en que comienza la retención. Si el Seguro Social o el RRB no aprueba su solicitud de una deducción automática, le enviaremos una factura en papel de sus primas mensuales).



Lea y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Padece una Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por su sigla en inglés)? Sí No
Si se sometió a un trasplante exitoso de riñón y/o ya no necesita más diálisis en forma regular, **adjunte una nota o los registros** de su médico que indiquen que se sometió a un trasplante exitoso de riñón o que no necesita diálisis; de lo contrario, tal vez debamos comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluidos otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados Federales, beneficios de la Administración de Veteranos (VA, por su sigla en inglés) o programas de asistencia farmacéutica Estatales.

¿Contará con otra cobertura de medicamentos que requieran receta médica además de la de Allwell?
 Sí No

Si la respuesta es “sí”, indique su otra cobertura y su/s número/s de identificación (ID) para esta cobertura:

| Nombre de la otra cobertura | N.º de identificación para esta cobertura | N.º de grupo para esta cobertura |
|-----------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

3. ¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como una casa de reposo? Sí No

Si la respuesta es “sí”, proporcione la siguiente información:

| Nombre de la institución | Número de teléfono de la institución |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> |

Dirección de la institución (número y calle)

4. ¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su Estado? Sí No

Si la respuesta es “Sí”, proporcione su número de Medicaid:

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

Elija el nombre de un Médico de Atención Primaria (PCP, por su sigla en inglés), una clínica o un centro de salud:

Marque una de las casillas que aparecen a continuación en el caso de que prefiera que le enviemos información en otro idioma que no sea inglés o en un formato accesible:

Audio Letra grande Español

Comuníquese con Allwell al 1-877-935-8022 si necesita información en un formato o idioma accesibles que no sean los mencionados anteriormente. Nuestro horario de oficina es del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos 7 días a la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Se utilizará un sistema de mensajes fuera del horario de atención, durante los fines de semana y en los días feriados federales. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Desea recibir los materiales de Allwell por correo electrónico? Sí No

Si la respuesta es sí, le enviaremos un correo electrónico a la dirección que usted nos proporcione, con un enlace para recibir sus materiales de beneficios en línea.





Lea esta información importante

Si actualmente cuenta con cobertura de la salud de un empleador o sindicato, la afiliación a Allwell podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato. Usted podría perder la cobertura de la salud de su empleador o sindicato si se inscribe en Allwell. Lea las comunicaciones que le envían su empleador o su sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que se indica en las comunicaciones. Si no hay información sobre la persona con quien debe comunicarse, su administrador de beneficios o la oficina que responde las preguntas acerca de su cobertura pueden ayudarle.

Lea y firme a continuación

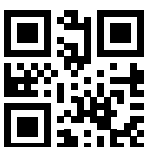
Al completar este formulario de inscripción, acepto lo siguiente:

Allwell es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno Federal. Deberé mantener mi cobertura de Medicare Parte A y Parte B. Solo puedo estar en un plan Medicare Advantage a la vez, y comprendo que mi inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. Es mi responsabilidad informarles de cualquier cobertura de medicamentos que requieren receta médica que tenga o que pueda tener en el futuro. Generalmente, la inscripción en este plan tiene vigencia durante todo el año. Una vez que me inscriba, puedo dejar este plan o hacer cambios solo en ciertos momentos del año cuando se encuentre disponible un período de inscripción (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o bajo ciertas circunstancias especiales.

Allwell presta servicios en un área de servicio específica. Si me mudo del área de servicio de Allwell, debo avisar al plan para poder cancelar mi afiliación y buscar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez afiliado a Allwell, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre el pago o los servicios si estoy en desacuerdo. Leeré el documento Evidencia de cobertura de Allwell cuando lo reciba a fin de conocer las reglas que debo seguir para obtener la cobertura de este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas que cuentan con Medicare, por lo general, no tienen cobertura de Medicare mientras están fuera del país, excepto una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Comprendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Allwell, debo recibir toda la atención de la salud de parte de Allwell, excepto en el caso de servicios de emergencia o urgentes o bien servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios autorizados por Allwell, así como otros servicios incluidos en mi documento *Evidencia de cobertura* de Allwell (también conocido como contrato del afiliado o acuerdo del suscriptor). Sin la autorización, **NI MEDICARE NI ALLWELL PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Comprendo que, si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, un agente de seguro médico u otra persona empleada o contratada por Allwell, este podría recibir un pago por mi inscripción en Allwell.



Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que Allwell divulgará mi información a Medicare y a otros planes, según sea necesario, para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención de la salud. También reconozco que Allwell divulgará mi información, incluidos los datos de eventos de medicamentos que requieren receta médica, a Medicare, quien puede divulgarla para propósitos de investigación y de otro tipo en cumplimiento con todas las leyes, y las reglamentaciones federales aplicables. La información contenida en este formulario de inscripción es, a mi leal saber y entender, correcta. Comprendo que si, intencionalmente, proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi afiliación al plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre, conforme a las leyes estatales del lugar donde vivo) en esta solicitud significa que leí la solicitud y que comprendo su contenido. De firmar una persona autorizada (como se describe más arriba), la firma certifica que: 1) esta persona está autorizada conforme a las leyes estatales para llenar este formulario de inscripción y 2) la documentación de esta autorización estará disponible cuando Medicare la solicite.

Firma

Fecha de hoy

M M D D A A A A

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

Nombre

Dirección

Número de teléfono

 - -

Relación con la persona inscrita



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 or place printed label here:

Sales rep/Agent name: Agent ID #:

Sales rep/Agent NPN #: NPN/Allwell ID #:

Agency/FMO affiliation:
(if applicable)

This information must match your approved Allwell licensing records.

Agent phone #: - -

Email:

Agency/FMO phone # (if applicable): - -

Sales representative/authorized agent application receipt date:
(Applications must be received at Allwell within 1 calendar day of this date.)
M M D D Y Y Y Y

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



Generalmente, solo puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el período de inscripción anual de entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de ese período.

Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación se aplica a usted. 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, posteriormente, determinamos que esta información no es correcta, se puede cancelar su afiliación.

Soy nuevo en Medicare.

Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).

Recientemente, me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o bien, recientemente, me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (insertar fecha).

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | A | A | A | A |

Hace poco me liberaron de la cárcel. Fui liberado el (insertar fecha).

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | A | A | A | A |

Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país. Regresé al país el (insertar fecha).

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | A | A | A | A |

Recientemente obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (insertar fecha).

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | A | A | A | A |

Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente conseguí Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (insertar fecha).

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | A | A | A | A |

Recientemente tuve un cambio en mi *Ayuda Adicional* para pagar por la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare (recién obtuve la *Ayuda Adicional*, tuve un cambio en el nivel de *Ayuda Adicional*, o perdí la *Ayuda Adicional*) el (insertar fecha).

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | A | A | A | A |

Tengo ambos Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo *Ayuda Adicional* para pagar por mi cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare, pero no he tenido un cambio.

Me mudaré a un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, una casa de reposo), vivo en dicho centro o, recientemente, me mudé de este a otro lugar. Me mudé al centro/me mudaré al centro/me mudaré del centro a otro lugar el (insertar fecha).

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | A | A | A | A |

Recientemente dejé un programa de Atención Todo Incluido para Personas de la Tercera Edad (PACE) el (insertar fecha).

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | A | A | A | A |

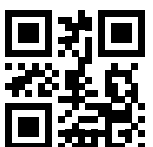
Recientemente, perdí de manera involuntaria mi cobertura de medicamentos que requieren receta médica acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (insertar fecha).

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | A | A | A | A |

Dejaré la cobertura de un empleador o del sindicato el (insertar fecha).

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | A | A | A | A |

Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.



Mi plan finaliza su contrato con Medicare o bien Medicare finaliza su contrato con mi plan.

Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha).

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | A | A | A | A |

Me inscribí en un Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés), pero perdí la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Mi afiliación al SNP se canceló el (insertar fecha).

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| M | M | D | D | A | A | A | A |

Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o una catástrofe (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés). Una de las otras declaraciones aquí se me aplicó, pero no pude inscribirme debido a la catástrofe.

Si ninguna de estas declaraciones se le aplica o si no está seguro, comuníquese con Allwell al 1-877-935-8022 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si es elegible para inscribirse. La oficina está abierta del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Se utilizará un sistema de mensajes fuera del horario de atención, durante los fines de semana y en los días feriados federales.

Usted debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B. Sin embargo, para los beneficiarios doblemente elegibles, el estado cubrirá su prima de la Parte B siempre y cuando usted siga siendo elegible para Medicaid.

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

FRM026595SD00 (11/18)



