

Allwell

Formulario de Inscripción Individual de 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 (HMO)²

(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

- H0062-001:
Bexar, Guadalupe, Wilson \$0 al mes
- H0062-003:
Cameron, Hidalgo \$0 al mes
- H0062-002:
Collin, Dallas, Denton,
Rockwall, Smith, Tarrant \$0 al mes
- H0062-004:
El Paso \$0 al mes
- H0062-005:
Nueces \$0 al mes
- H0062-009:
Fort Bend \$0 al mes
- H0062-010:
Williamson \$25 al mes

Allwell Dual Medicare (HMO SNP)^{1,2}

(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

- H5294-002-002:
Cameron, Hidalgo \$0* al mes
- H5294-002-004:
Bexar, Guadalupe,
Nueces, Wilson \$0* al mes
- H5294-006:
El Paso \$0* al mes
- H5294-002-003:
Dallas, Smith, Tarrant \$0* al mes
- H5294-002-001:
Collin, Rockwall \$0* al mes
- H5294-007:
Fort Bend \$0* al mes
- H5294-008:
Williamson \$0* al mes

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

²No se ofrece un paquete suplementario opcional con este plan.

*La prima real se basa en el estado del Subsidio por Ingreso Bajo.

Copia Blanca – Allwell Copia Amarilla – Afiliado

Y0020_19_7977FORM_SPN_M_FINAL_9353 Aceptado 08192018



Para inscribirse en Allwell, proporcione la siguiente información:

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fecha de nacimiento	Sexo	Número de teléfono particular	
<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="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
		Número de teléfono alternativo	
		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Dirección de residencia permanente (no se permite Apdo. Postal)			
<input type="text"/>			

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

Dirección postal (sólo si es diferente a su dirección de residencia permanente)

Dirección

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 roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

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

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare)

Número de Medicare

Tiene derecho a:

SEGURO HOSPITALARIO
(Parte A)

SEGURO MÉDICO
(Parte B)

Fecha de vigencia

M M D D A A A A

M M D D A A A A

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



Pago de su prima del plan

Para los planes Medicare Advantage de Medicamentos que Requieren Receta Médica sin primas: Si determinamos que usted adeuda 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 (por sus siglas en inglés, EFT) y/o con tarjeta de crédito mensualmente. También puede elegir pagar su prima mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o del Consejo de Jubilación Ferroviario (por sus siglas en inglés, RRB) cada mes. Si se le impone una Cantidad de Ajuste Mensual relacionada con los Ingresos (por sus siglas en inglés, IRMAA) por la Parte D, la Administración del Seguro Social le informará al respecto. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de su prima del plan. La cantidad se deducirá de su cheque de beneficios del Seguro Social, o bien, será facturada directamente a usted por Medicare o el RRB. Usted NO DEBE pagar a Allwell la cantidad de IRMAA por la Parte D.

Para los planes con primas: Usted puede pagar la prima mensual de su plan (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que pueda adeudar) por correo, por Transferencia Electrónica de Fondos (EFT) y/o con tarjeta de crédito mensualmente. 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 le impone una Cantidad de Ajuste Mensual Relacionada con los Ingresos (IRMAA) por la Parte D, la Administración del Seguro Social le informará al respecto. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de su prima del plan. La cantidad se deducirá de su cheque de beneficios del Seguro Social, o bien, será facturada directamente a usted por Medicare o el RRB. Usted NO DEBE pagar a Allwell la cantidad de IRMAA por 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, incluyendo primas mensuales de medicamentos que requieren receta médica, deducibles anuales y coseguros. 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. Si desea 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* con los costos de la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. Si Medicare paga sólo una parte de esta prima, le facturaremos a usted la cantidad que Medicare no cubre.

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). Obtengo beneficios mensuales del: Seguro Social RRB
(Comenzar con la deducción del Seguro Social/RRB puede llevar dos meses o más después de que el Seguro Social o el RRB la aprueben. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o el RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o del 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 aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).



Lea y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Padece Enfermedad Renal en Etapa Terminal (por sus siglas en inglés, ESRD)? Sí No
Si se sometió a un trasplante exitoso de riñón y/o ya no necesita diálisis en forma regular, **adjunte una nota o los registros** de su médico que indiquen que usted se sometió a un trasplante exitoso de riñón o que no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que 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 (por sus siglas en inglés, VA) o programas de asistencia farmacéutica Estatales.

¿Contará con otra cobertura de medicamentos que requieren 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 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 (por sus siglas en inglés, PCP), 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 1-844-796-6811 (HMO), 1-877-935-8023 (HMO SNP) si necesita información en un formato accesible o en otro idioma que no sea el mencionado anteriormente. Nuestro horario de atención es: 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. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados federales, se utiliza un sistema de mensajería. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

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

Copia Blanca – Allwell Copia Amarilla – Afiliado





Lea esta información importante

Si actualmente cuenta con cobertura de la salud de un empleador o sindicato, la inscripción en 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 sindicato. Si tiene preguntas, visite el sitio Web de su empleador o sindicato o póngase en contacto 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

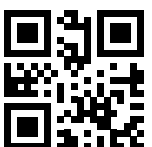
Al llenar este formulario de inscripción, acepto lo siguiente:

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. Sólo puedo estar en un plan Medicare Advantage a la vez, y entiendo 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 sólo en ciertos momentos del año cuando se encuentre disponible un período de inscripción (Ejemplo: Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año) o en ciertas circunstancias especiales.

Allwell presta servicios en un área de servicio específica. Si me mudo del área de servicio de Allwell, debo informar 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 con éstos. 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. Entiendo que las personas que cuentan con Medicare, por lo general, no tienen la cobertura de Medicare mientras están fuera del país, excepto una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Allwell, estoy obligado a recibir todo mi cuidado de la salud de parte de Allwell, excepto en el caso de servicios de emergencia o requeridos de urgencia, o de 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 de afiliación o acuerdo del suscriptor). Sin la autorización, **NI MEDICARE NI ALLWELL PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, un agente de seguro médico u otra persona empleada o contratada por Allwell, él/ella podría recibir un pago basado en 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 cuidado 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 divulgarlos para propósitos de investigación o de otro tipo, en cumplimiento con todas las leyes y los reglamentos Federales aplicables. La información que aparece en este formulario de inscripción es, a mi leal saber y entender, correcta. Entiendo que si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi afiliación al plan.

Entiendo 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 y entiendo el contenido de la solicitud. De firmar una persona autorizada (como se describe anteriormente), 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

Copia Blanca - Allwell Copia Amarilla - Afiliado



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, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage sólo durante el período de inscripción anual, que se extiende desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año.

Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este 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, usted es elegible para un Período de Inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información no es correcta, es posible que se cancele su afiliación.

- Soy nuevo/a en Medicare.
- Estoy inscrito/a en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (por sus siglas en inglés, 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
- Recientemente fui liberado de una encarcelación. Me liberaron 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 a los Estados Unidos el (insertar fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve dicho estado el (insertar fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente tuve un cambio en mi cobertura de Medicaid (obtuve Medicaid en forma reciente, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (insertar fecha).

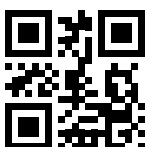
M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente tuve un cambio en mi *Ayuda Adicional* para pagar la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare (obtuve la *Ayuda Adicional* en forma reciente, tuve un cambio en el nivel de *Ayuda Adicional* o perdí la *Ayuda Adicional*) el (insertar fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Tengo Medicare y Medicaid (o bien, mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare), o bien, recibo *Ayuda Adicional* para pagar mi cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare, pero no he tenido ningún 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 éste 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). Lo dejé 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 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 terminará su contrato con Medicare, o bien, Medicare terminará su contrato con mi plan.

Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y yo deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan empezó el (insertar fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (por sus siglas en inglés, SNP) pero perdí la calificación para necesidades especiales que se requiere para estar en ese plan. Se canceló mi afiliación al SNP el (insertar fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A

Fui afectado/a por una emergencia relacionada con el clima o un desastre de gran magnitud, según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (por sus siglas en inglés, FEMA). Una de las otras declaraciones que se enumeran aquí se aplicaba a mi caso, pero yo no pude realizar mi inscripción a causa del desastre natural.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o si usted tiene dudas, comuníquese con Allwell al 1-844-796-6811 (HMO), 1-877-935-8023 (HMO SNP) (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si es elegible para inscribirse. Estamos disponibles: 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. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados federales, se utiliza un sistema de mensajería.

Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B. Sin embargo, para los beneficiarios con doble elegibilidad de beneficios completos, el Estado cubrirá su prima de la Parte B siempre que usted conserve su elegibilidad para Medicaid.

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

FRM021141SD00 (8/18)

Copia Blanca – Allwell Copia Amarilla – Afiliado



