

# Formulario de solicitud de inscripción individual para un plan de medicamentos recetados de Medicare (Part D)

OMB No. 0938-1378  
Expires: 6/30/2026



## ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

## Para inscribirse en un plan, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o residir de manera legal en este país.
- Vivir en el área de servicios del plan.

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

- Medicare Part A (seguro hospitalario)
- Medicare Part 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 cada año (para recibir cobertura a partir del 1.º 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 en un plan 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.

Consulte el estado de su solicitud aquí:  
[www.wellcare.com/applicationtracker](http://www.wellcare.com/applicationtracker)



¿Ha pensado en inscribirse en [www.wellcare.com/PDP](http://www.wellcare.com/PDP) en su lugar? Es una manera rápida, segura y fácil de solicitar cobertura

## Recordatorios:

- Si quiere inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), debe enviar al plan el formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima correspondiente. Puede optar por inscribirse para que el monto de los pagos de primas se deduzca de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual de Seguro Social (o Junta Ferroviaria de Retiro).

## ¿Cuál es el siguiente paso?

Envíe su formulario completo y firmado a la siguiente dirección:

Wellcare  
PO Box 31411  
Tampa, FL  
33631-3411

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

## ¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Wellcare al **1-800-270-5320**. 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**.

## Personas sin hogar

- Si quiere inscribirse en un plan, pero no tiene una vivienda permanente, podrán considerarse como su dirección de residencia permanente algún apartado postal, la dirección de algún refugio o alguna clínica, o la dirección en la que recibe su correo (p. ej., cheques del Seguro Social).

**IMPORTANTE:**

No envíe este formulario ni otros documentos con información personal (como reclamaciones, pagos o expedientes médicos) a la Oficina de Aprobación de Informes de la Ley de Reducción de Trámites (PRA). Se destruirá todo documento recibido que no se refiera a cómo mejorar este formulario o la carga de recopilación de información (prevista en la resolución OMB 0938-1378). No se conservará, revisará ni reenviará al plan. Consulte la sección “¿Cuál es el siguiente paso?” de esta página para enviar su formulario completado al plan.









**Lea y responda estas preguntas importantes:**

\*1. ¿Tendrá alguna otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE), además de Wellcare?

Sí  No

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

\* Nombre de otra cobertura:

\* N.º de miembro para esta cobertura:

\* N.º de grupo para esta cobertura:

2. ¿Es usted residente de un centro de atención a largo plazo, como un centro de convalecencia?

Sí  No

Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución:

Dirección de la institución (número y calle):

Ciudad:  Estado:

Código postal:

Número de teléfono:

3. ¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

<input type="checkbox"/> No, no tiene origen hispano, latino ni español	<input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicoestadounidense, chicano
<input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Sí, cubano
<input type="checkbox"/> Sí, de otro origen hispano, latino o español	<input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder</b>

4. ¿A qué raza pertenece? Seleccione todas las opciones que correspondan.

<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano
Persona asiática:	Persona nativa de Hawái o isleña del Pacífico:
<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Guameño o chamorro
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawái
<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Nativo de otras islas del Pacífico





Coreano

Blanco

Vietnamita

Prefiero no responder

De otro origen asiático

5. ¿Cuál es su sexo? Seleccione una opción.

Mujer

Uso otro término: \_\_\_\_\_

Hombre

Prefiero no responder

No binario

6. ¿Cuáles de los siguientes representa mejor cómo piensa sobre sí mismo/a? (Seleccione una opción).

Lesbiana o gay

Uso otro término: \_\_\_\_\_

Heterosexual, es decir, no soy gay ni lesbiana

No lo sé.

Bisexual

Prefiero no responder

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 (sujeto a disponibilidad)

Lao (sujeto a disponibilidad)

Camboyano (sujeto a disponibilidad)

Hmong (sujeto a disponibilidad)

Hawaiano (sujeto a disponibilidad)

Ilocano (sujeto a disponibilidad)

Japonés (sujeto a disponibilidad)

Samoano (sujeto a disponibilidad)

Tailandés (sujeto a disponibilidad)

Letra grande  Braille  CD de audio  CD de datos

Comuníquese con Wellcare al **1-800-270-5320** (TTY: **711**) si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto a los que se indicaron. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. (en todas las zonas horarias). Los miembros actuales también pueden llamar al número que aparece en su tarjeta de ID de miembro.

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



## Pago de la prima de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan por correo postal, tarjeta de crédito, pago telefónico o transferencia electrónica de fondos (EFT) cada mes. Si usted es elegible, también puede optar por realizar el pago de la prima mediante deducciones automáticas del cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB). Si se evalúa que le corresponde un monto de ajuste mensual por ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D), la Administración del Seguro Social se lo notificará. Deberá pagar este monto extra, además de la prima de su plan. El monto se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, o Medicare o la RRB le enviarán una factura directamente. NO pague el IRMAA de la Parte D a Wellcare. Las personas con ingresos limitados pueden calificar y obtener la Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar los costos de medicamentos recetados. Siempre y cuando sea elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, así como las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califican no estarán sujetas a la etapa sin cobertura ni a la multa por inscripción tardía. Aunque ya tenga la Ayuda Adicional, es posible que deba volver a presentar la solicitud para que le otorguen una nueva certificación. Muchas personas son elegibles para recibir estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda Adicional, comuníquese con la Oficina del Seguro Social de su localidad o llame al Seguro Social al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**. También puede solicitar la Ayuda Adicional en línea: <https://www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help>. Si califica para recibir la Ayuda Adicional para pagar los costos de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, es posible que Medicare pague una parte o la totalidad de la prima de su plan. Si Medicare paga únicamente una parte de esta prima, le facturaremos el monto que no cubra Medicare. Si no elige una forma de pago, recibirá un talonario de cupones para el pago mensual de sus primas.

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

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

- No tendrá que acordarse de 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: \_\_\_\_\_

(En letra de imprenta y como aparece el nombre en la cuenta de la que se debitará el dinero).

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

N.º de enrutamiento (incluya el número de 9 dígitos)

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

N.º de cuenta

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

Tipo de cuenta:  Cuenta de cheques  Ahorros

Firma del titular de la cuenta: (si no es la persona inscrita) \_\_\_\_\_

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



Acepto que esta autorización siga vigente hasta que comunique la cancelación del servicio por escrito.

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

Recibo beneficios mensuales de la siguiente institución:  Seguro Social  Junta Ferroviaria de Retiro

Las deducciones del Seguro Social o de la RRB pueden tardar dos o tres meses en activarse después de que las aprueben el Seguro Social o la RRB. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de débito automático, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigor de su inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de débito automático, o la aprueban después de la fecha de entrada en vigor de la inscripción, le enviaremos una factura por sus primas mensuales.

Reciba un talonario de cupones para pagos mensuales de primas.

Nota: También puede pagar las primas de su plan con tarjeta de crédito o por débito bancario (de una 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 Wellcare al **1-800-270-5320**. Nuestros horarios de atención son de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. (en todas las zonas horarias). Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.



**Lea esta información importante:**

**Si es miembro de un plan Medicare Advantage** (como HMO o PPO), es posible que ya tenga una cobertura de medicamentos recetados de su plan Medicare Advantage que cubra sus necesidades. Si se inscribe en Wellcare, es posible que finalice su membresía en el plan Medicare Advantage. Esto afectará tanto a la cobertura de médicos y hospitales como a la de medicamentos recetados. Lea la información que le envía su plan Medicare Advantage y, si tiene preguntas, comuníquese con su plan Medicare Advantage.

**Si tiene actualmente cobertura médica mediante un empleador o sindicato, su inscripción en un plan de Wellcare podría afectar los beneficios de salud que recibe a través de dicho empleador o sindicato. Usted podría perder la cobertura médica mediante el empleador o sindicato si solicita un plan de Wellcare.** Lea los comunicados que le envía su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o comuníquese con la oficina indicada en sus comunicados. Si no hay 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.

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









## Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Por lo general, se puede inscribir en un plan de medicamentos recetados de Medicare únicamente durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Sin embargo, hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare fuera de este período.

Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación aplica en su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si luego determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

**Si la afirmación que elige requiere una fecha, utilice el siguiente formato: MMDDYYYY**

1.  Soy un nuevo beneficiario de Medicare.  
***Si usted es nuevo en Medicare debido a la pérdida de cobertura grupal del empleador o de un sindicato, diríjase al número 13.***
2.  Me he inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero realizar un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
3.  Me mudé recientemente fuera del área de servicios de mi plan actual, o me mudé hace poco y este plan es una nueva opción. Me mudé el
4.  Salí de prisión recientemente. Salí en libertad el
5.  Acabo de regresar a los Estados Unidos después de residir de forma permanente fuera del país. Regresé a los EE. UU. el
6.  Obtuve el permiso para permanecer legalmente en los Estados Unidos de forma reciente. Obtuve este permiso el
7.  Recientemente, hubo cambios en mi situación con Medicaid (comencé a recibir Medicaid, cambié mi nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el
8.  Recientemente, hubo cambios en la Ayuda Adicional que recibo para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (comencé a recibir la Ayuda Adicional recientemente, se modificó el nivel de Ayuda Adicional que recibo o perdí la Ayuda Adicional) el
9.  Tengo cobertura de Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare), o bien recibo la Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
10.  Me mudaré a un centro de atención a largo plazo, vivo en uno o acabo de salir de uno (por ejemplo, un centro de convalecencia o de atención a largo plazo). Me mudé o mudaré a un centro, o saldré de uno el











**DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD** Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención médica y efectuar el pago de beneficios de Medicare. En la sección 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y en el capítulo 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), artículos 423.30 y 423.32, se autoriza la recopilación de esta información. Mediante los CMS, se pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Sistema de Aviso de Registros (SORN), “plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)”, sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar su inscripción en el plan.

“Wellcare” es ofrecido por Wellcare Prescription Insurance, Inc.

Representante autorizado:

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

