2021

WellCare

Medicare Prescription Drug Plan
Formulario de inscripción individual

Cómo inscribirse en nuestros planes

1 Lea este formulario de inscripción completo para asegurarse de que comprende la información. **Una solicitud incorrecta o incompleta podría generar la demora o rechazo de la cobertura.**

2 Cuando esté listo, rellene el formulario de inscripción en su totalidad. Según corresponda, escriba claramente en mayúsculas o coloque una "X" en la casilla correspondiente.

3 Cuando haya terminado, no olvide firmarlo y fecharlo.

4 Devuelva el formulario completo y firmado de una de las siguientes maneras:

- Por fax al **1-866-388-1521**.
- Por correo a **P.O. Box 31411, Tampa, FL 33631-3411**.
- Usando el sobre de respuesta de negocios con porte pagado si se incluye uno.

5 Comuníquese con su representante autorizado si tiene alguna pregunta.

Representante autorizado: _____

Teléfono: (____) ____ - _____

Otras formas sencillas de inscribirse en WellCare

Si está listo para inscribirse o tiene preguntas acerca de la inscripción, llame al **1-888-293-5151** (TTY: **711**). Los representantes están disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Si ya es miembro, llame a Atención al Cliente al **1-888-550-5252** para Wellness Rx (PDP), Classic (PDP) y Value Script (PDP) o al **1-833-207-4241** para Rx Select (PDP), Rx Value Plus (PDP) y Rx Saver (PDP).

Inscríbase en línea en **www.wellcare.com/PDP**.

WellCare®

Más allá del cuidado de la salud. Mejores personas.

Y0070_WCM_55935S_C
©WellCare 2020
NA1PDGAPP63199S_0000

OMB n.° 0938-1378
Vencimiento: 7/31/2023

¿Quién puede usar este formulario?

Los miembros de Medicare que desean inscribirse en un Plan Medicare Advantage o Plan de Medicamentos Recetados de Medicare

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

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

Importante: Para inscribirse en un Plan Medicare Advantage, también debe contar con las siguientes:

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

©WellCare 2020

Plan de Fármacos Recetados de Medicare de WellCare 2021 Formulario de Inscripción Individual

Comuníquese con WellCare si requiere información en otro idioma o formato (Braille).

— Todos los campos con un asterisco (*) son obligatorios. —

Para inscribirse en un plan de WellCare Prescription Insurance, Inc., proporcione la siguiente información

***Seleccione la casilla del plan al que desea inscribirse:** ☐ Wellness Rx (PDP) ☐ Classic (PDP) ☐ Rx Saver (PDP)

☐ Rx Select (PDP) ☐ Rx Value Plus (PDP) ☐ Value Script (PDP)

*$ ☐☐☐.☐☐ por mes

☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta. *Sexo: ☐ M ☐ F *Fecha de nacimiento: (MMDDAAAA) ☐☐☐☐☐☐☐☐

*Apellido: Inicial del segundo nombre:

*Nombre: *Número de teléfono principal:

Número de teléfono celular del beneficiario:

Dirección de correo electrónico del beneficiario:

Tenga presente que al proporcionar su dirección de correo electrónico, acepta recibir correos electrónicos de nosotros. Le daremos la oportunidad de participar y siempre puede optar por no recibir futuras comunicaciones por correo electrónico.

---

*Dirección de residencia permanente: (no ingrese un apartado de correo)

Condado:

*Ciudad: *Estado: *Código postal:

*Dirección postal: (únicamente si es diferente de su dirección de residencia permanente; se puede introducir el apartado postal)

*Dirección:

*Ciudad: *Estado: *Código postal:

Información de contacto de emergencia (opcional):

Contacto de emergencia:

Número de teléfono: Parentesco con usted:

Representante autorizado:

©WellCare 2020

Proporcione su información del seguro de Medicare

Tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare a disposición para rellenar esta sección.

- Rellene esta información como se muestra en su tarjeta de Medicare.

  - O BIEN -

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro.

Nombre (como se muestra en su tarjeta de Medicare):

_____

*Número de Medicare:

Tiene derecho a: Fecha de vigencia: (MMDDAAAA)

HOSPITAL (Parte A)

PLAN MÉDICO (Parte B)

Debe tener la Parte A o Parte B (o ambos) de Medicare para inscribirse en un plan de fármacos recetados de Medicare.

Lea y responda estas preguntas importantes:

*1. Algunas personas podrían tener otra cobertura para medicamentos, incluidos otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios de salud de empleado federal, beneficios de VA o programas de asistencia farmacéutica estatales.

*¿Tendrá alguna otra cobertura para medicamentos recetados además de WellCare? Sí ☐ No ☐

De responder "sí" indique esta otra cobertura y su número de identificación (ID) para esta cobertura:

*Nombre de otra cobertura:

*N.º de ID de esta cobertura:

*N.º de grupo de esta cobertura:

2. ¿Es usted residente de un centro de atención a largo plazo, como un hogar de ancianos? Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es sí, indique la siguiente información:

Nombre de la Institución:

Dirección de la Institución (número y calle):

Ciudad: Estado: Código postal:

Número de teléfono:

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

Español (donde esté disponible) ☐ Formato grande ☐

Comuníquese con WellCare usando el número de Atención al Cliente que aparece en la portada de esta solicitud si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto de los indicados anteriormente. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles de lunes a domingo de 8 a. m. a 8 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m.

Representante autorizado:

©WellCare 2020

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 de la Parte D (Part D-IRMAA), 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 Part D-IRMAA a WellCare.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener Ayuda Adicional para pagar sus costos de medicamentos con receta. 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 Extra Help en **www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp**. Si califica para la Ayuda Adicional con sus costos de cobertura del plan de medicamentos con receta de Medicare, 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 ruta (incluye un número de nueve dígitos) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Número de cuenta: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Tipo de cuenta: ☐ Corriente ☐ De ahorros

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

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.

Obtengo beneficios mensualmente 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 con una tarjeta de crédito o por una deducción de su cuenta bancaria (de cheques/de ahorros) en lugar de utilizar los cupones mensuales. Para configurar su pago, visite nuestro sitio web en **www.wellcare.com/PDP** o llame al número de Servicio al Cliente indicado en la portada.

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐

©WellCare 2020

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 satisfaga sus necesidades. Al inscribirse en WellCare, su membresía en su plan Medicare Advantage se puede cancelar. Esto afectará a su cobertura con el médico y con el hospital así como a 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 actualmente usted cuenta con una cobertura médica de un empleador o un sindicato, inscribirse en un plan de WellCare podría afectar sus beneficios médicos con el empleador o sindicato. Podría perder su 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.

Lea y firme:

Al rellenar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente: WellCare Health Plans, Inc., (PDP) es un patrocinador de la Part D aprobado por Medicare. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato. Entiendo que esta cobertura de medicamentos recetados es adicional a mi cobertura dentro de Medicare; por lo tanto, debo mantener el seguro hospitalario (Parte A) o el seguro médico (Parte B) para permanecer en WellCare. Es mi responsabilidad informar a WellCare sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o pueda tener más adelante. Solo puedo estar inscrito en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare a la vez; si actualmente estoy en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, mi inscripción en WellCare cancelará esa inscripción. La inscripción en este plan generalmente es por todo el año. Luego de la inscripción, podré dejar este plan o realizar cambios cuando se encuentre disponible un período de inscripción, lo cual ocurre generalmente durante el período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre), a menos que califique para determinadas circunstancias especiales. WellCare presta servicio en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área donde WellCare presta servicio, necesito notificar al plan para que yo pueda cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Entiendo que debo usar las farmacias de la red, excepto en una emergencia cuando no puedo usar razonablemente las farmacias de la red WellCare. Una vez que soy miembro de WellCare, tengo el derecho a apelar las decisiones del plan sobre pago o servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento Evidencia de Cobertura de WellCare cuando lo reciba para conocer las reglas que debo seguir a fin de recibir cobertura. Entiendo que si abandono este plan y si no tengo ni obtengo otra cobertura de medicamentos con receta de Medicare u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta (equivalente a la de Medicare), tal vez deba pagar una multa por inscripción tardía además de mi prima de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare en el futuro. Entiendo que las personas con Medicare generalmente no tienen cobertura de Medicare mientras están fuera del país, a excepción de una cobertura limitada a zonas próximas a la frontera de los EE. UU. Comprendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, corredor u otro individuo empleado o contratado por WellCare, el mismo podrá recibir un pago con base en mi inscripción en WellCare. Los servicios de asesoramiento pueden estar disponibles en mi estado para ofrecer asesoría sobre el seguro complementario de Medicare u otras opciones de Medicare Advantage o Plan de Medicamentos Recetados, asistencia médica a través del programa estatal de Medicaid y el Programa de Ahorros de Medicare. **Divulgación de información:** Al inscribirme en este Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, reconozco que WellCare compartirá mi información con Medicare, quien podrá usarla para realizar un seguimiento de mi suscripción y efectuar pagos, y para otros planes, proveedores y propósitos permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se anulará mi inscripción en el plan. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan. Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre conforme a las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si la firma un individuo autorizado (conforme se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona tiene autorización conforme a la ley estatal para rellenar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad se encuentra disponible a solicitud de Medicare.

Firma: _____ Fecha de hoy: ☐☐☐☐☐☐☐☐
M M D D A A A A

***Si usted es el representante autorizado, deberá firmar y proporcionar la siguiente información.**

¿Desea que toda la correspondencia se envíe al representante autorizado? ☐ Sí ☐ No

*Nombre: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*Dirección: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*Ciudad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ *Estado: ☐☐ *Código postal: ☐☐☐☐☐

*Número de teléfono: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ *Parentesco con la persona que se inscribe: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Declaración de elegibilidad para un periodo de inscripción

Regularmente, es posible inscribirse en un Medicare Prescription Drug Plan solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Además, hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare fuera del Período de Inscripción anual.

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐

©WellCare 2020

Declaración de elegibilidad para un periodo de inscripción (continuación)

Lea las siguientes declaraciones con cuidado y elija la casilla si la declaración aplica a usted. Al rellenar cualquiera de las siguientes casillas, usted 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 declaración que elige requiere una fecha, utilice el siguiente formato: MMDDAAAA

1. ☐ Soy nuevo en Medicare.
   Si usted es nuevo en Medicare debido a la pérdida de cobertura grupal del empleador o de un sindicato, consulte el número 13.
2. ☐ Estoy inscrito en un Plan de Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
3. ☐ Recientemente me mudé fuera del área de servicio para mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una opción nueva para mí.
   Me mudé el ☐☐☐☐☐☐☐☐.
4. ☐ Recientemente fui liberado de la cárcel. Fui liberado el ☐☐☐☐☐☐☐☐.
5. ☐ Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU.
   Regresé a los Estados Unidos el ☐☐☐☐☐☐☐☐.
6. ☐ Recientemente obtuve la condición de residencia legal en los Estados Unidos. Obtuve esta condición el ☐☐☐☐☐☐☐☐.
7. ☐ Recientemente, hubo un cambio respecto a Medicaid (acabo de obtener Medicaid, cambió mi nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el ☐☐☐☐☐☐☐☐.
8. ☐ Recientemente, hubo un cambio en Ayuda Adicional respecto al pago de la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare (acabo de obtener Ayuda Adicional, cambió mi nivel de asistencia de Ayuda Adicionalo perdí Ayuda Adicional) el ☐☐☐☐☐☐☐☐.
9. ☐ Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mi prima de Medicare) u obtengo Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido un cambio.
10. ☐ Vivo en un centro de atención a largo plazo o dejé de vivir recientemente en uno (por ejemplo, un hogar de ancianos o centro de atención a largo plazo).
    Me mudé o mudaré al centro o fuera del centro el ☐☐☐☐☐☐☐☐.
11. ☐ Recientemente dejé el programa PACE el ☐☐☐☐☐☐☐☐.
12. ☐ Recientemente perdí en forma involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura al menos equivalente a Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el ☐☐☐☐☐☐☐☐.
13. ☐ Dejo la cobertura de empleador o sindicato el ☐☐☐☐☐☐☐☐.
14. ☐ Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica brindado por mi estado.
15. ☐ Mi plan está cancelando su contrato con Medicare o Medicare está cancelando su contrato con mi plan.
16. ☐ Fui inscrito en un plan por Medicare (o mi estado) y deseo escoger un plan distinto.
    Mi participación en ese plan comenzó el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐

©WellCare 2020

Declaración de elegibilidad para un periodo de inscripción (continuación)

17. ☐ Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o una catástrofe grave (de acuerdo con una declaración de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA]). Una de las otras declaraciones del presente formulario se aplicaba a mí, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

18. ☐ Ya tengo Medicare, pero próximamente cumpliré 65 años.

19. ☐ En los últimos 12 meses, me inscribí en el plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados cuando cumplí 65 años.

20. ☐ Voy a inscribirme en un plan de Medicare de cinco estrellas.

21. ☐ Estoy inscrito en un plan que está en quiebra.

22. ☐ Estoy inscrito en un plan identificado por CMS por tener un desempeño deficiente constante.

23. ☐ Otro _____

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con WellCare al **1-888-293-5151** a fin de averiguar si es elegible para inscribirse. Atendemos de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.

Para uso exclusivo del representante autorizado o de la oficina:

Nombre del miembro de personal/Agente/Corredor/Representante autorizado (si recibió asistencia durante la inscripción):

Nombre del representante autorizado: _____ Fecha en que se recibió la solicitud: M M D D A A A A

Iniciales del representante autorizado: Identificación del representante autorizado:

N.º de verificación del alcance de la cita:

Número de teléfono del representante autorizado:

Verificación de los planes de necesidades especiales (de aplicarse):

N.º de ID del plan: S Fecha de vigencia de la cobertura: M M D D A A A A

Nombre del plan:

☐ ICEP/IEP ☐ AEP ☐ OEP ☐ SEP (tipo): ☐ No elegible ☐ Cancelar solicitud

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD Los centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la suscripción de beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o los Planes de Medicamentos Recetados (PDP), mejorar la atención médica y efectuar el pago de beneficios de Medicare. En los artículos 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y en el capítulo 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), artículos 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32, se autoriza la recopilación de esta información. Mediante los CMS, se puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Sistema de Aviso de Registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", sistema n.° 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Representante autorizado:

©WellCare 2020