

Allwell

Formulario de inscripción individual para 2020



Si necesita información en otro idioma o formato (braille), póngase en contacto con Allwell.

Para inscribirse en Allwell, proporcione la siguiente información:

Verifique en qué plan quiere inscribirse.

Allwell Medicare (HMO)

(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

- H0062 - 001:
Condados de Aransas, Bexar, Comal, El Paso, Guadalupe, Jim Wells, Nueces y Wilson, TX
\$0 por mes
- H0062 - 002:
Condados de Collin, Dallas, Denton, Rockwall y Tarrant, TX
\$0 por mes
- H0062 - 003:
Condados de Cameron, Hidalgo y Starr, TX
\$0 por mes
- H0062 - 009:
Condados de Fort Bend y Montgomery, TX
\$0 por mes

Allwell Dual Medicare (HMO D-SNP)¹

(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

- H5294 - 002 - 002:
Condados de Cameron, Hidalgo y Starr, TX
\$0* por mes
- H5294 - 002 - 003:
Condados de Collin, Dallas, Denton, Rockwall y Tarrant, TX
\$0* por mes
- H5294 - 002 - 004:
Condados de Aransas, Bexar, Comal, El Paso, Guadalupe, Jim Wells, Nueces y Wilson, TX
\$0* por mes
- H5294 - 007:
Condados de Fort Bend y Montgomery, TX
\$0* por mes
- H5294 - 009:
Condado de Lubbock, TX
\$0* por mes

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

*La prima mensual real está basada en el estado de su Subsidio por Ingreso Bajo (por sus siglas en inglés, LIS).



Para inscribirse en Allwell, proporcione la siguiente información:

Apellido	Nombre	Inicial del 2.º 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"/>
M M D D A A A A		

Número de teléfono alternativo
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

Dirección de domicilio permanente
(no se acepta apartado postal)

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

Dirección postal (solo si es diferente de su dirección de domicilio 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 la información del seguro de Medicare

Tenga 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 de la carta del Seguro Social o del Consejo de Jubilación Ferroviaria.

Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare)

Número de Medicare

Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigor:

HOSPITAL (Parte A)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	----------------------	----------------------

M M D D A A A A

MÉDICA (Parte B)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------------	----------------------	----------------------	----------------------

M M D D A A A A

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



Cómo pagar la prima mensual del plan

Para planes de medicamentos que requieren receta médica de Medicare Advantage sin primas mensuales: Si decidimos que usted adeuda una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo, transferencia electrónica de fondos (TEF) o tarjeta de crédito de manera mensual. También puede elegir pagar su prima mensual a través de una deducción automática mensual del cheque de beneficios del Seguro Social o del Consejo de Jubilación Ferroviaria (por sus siglas en inglés, RRB). Si se le asigna un monto de ajuste mensual acorde a sus ingresos de la Parte D (por sus siglas en inglés, IRMAA), recibirá una notificación de la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de la prima mensual de su plan. Se le descontará el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o se le facturará directamente por Medicare o el RRB. NO le pague a Allwell el IRMAA de la Parte D.

Para todos los planes con primas mensuales: Puede pagar la prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda deber) por correo, transferencia electrónica de fondos (TEF) o tarjeta de crédito de manera mensual. También puede elegir pagar su prima mensual a través de una deducción automática mensual del cheque de beneficios del Seguro Social o del Consejo de Jubilación Ferroviaria (RRB). Si se le asigna un monto de ajuste mensual acorde a sus ingresos de la Parte D (IRMAA), recibirá una notificación de la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de la prima mensual de su plan. Se le descontará el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o se le facturará directamente por Medicare o el RRB. NO le pague a Allwell el IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener *Ayuda Adicional* para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si es elegible, Medicare puede pagar el 75 % o más de los costos de los medicamentos, incluidas las primas mensuales, los deducibles anuales y los coseguros para medicamentos que requieren receta médica. Además, las personas que califiquen no tendrán una brecha de cobertura o una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y no lo saben. Para obtener más información sobre esta *Ayuda Adicional*, póngase en contacto con la oficina local del Seguro Social, o bien 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.

Si califica para recibir *Ayuda Adicional* para los costos de la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima mensual del plan.

Si Medicare paga solo una parte de esta prima mensual, le facturaremos el monto que Medicare no cubre.

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

Seleccione una opción de pago de prima mensual:

- recibir una factura
- su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o del Consejo de Jubilación Ferroviaria (RRB).
Obtengo 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 acepta 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).



Lea y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Tiene una enfermedad renal en etapa terminal (por sus siglas en inglés, ESRD)? Sí No
Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso o si ya no necesita diálisis regular, **adjunte una nota o registros** de su médico que demuestre que usted ha tenido un trasplante de riñón exitoso o que ya no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que debamos ponernos en contacto con usted para obtener información adicional.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura para medicamentos, incluido otro seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios médicos para empleados, beneficios para veteranos (por sus siglas en inglés, VA) o Programas de Asistencia Farmacéutica Estatal.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos que requieren receta médica además de Allwell?

Sí No

Si selecciona "Sí", mencione su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación de esa cobertura:

Nombre de la otra cobertura

N.º de ident. de esa cobertura

N.º de grupo de esa cobertura

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

Si selecciona "Sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución

Número de teléfono de la institución

Dirección de la institución (calle y número)

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

Si selecciona "Sí", proporcione su número de Medicaid:

5. ¿Usted o su cónyuge trabaja? Sí No

Elija el nombre de un médico de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP), una clínica o un centro de salud:

Señale una de las casillas que se encuentran a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible:

Audio Letra grande Español

Comuníquese con Allwell a HMO al: 1-844-796-6811 o HMO D-SNP: 1-877-935-8023 si necesita información en un formato accesible o idioma que no sea el que se menciona 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 días feriados nacionales. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

Si marca "Sí", le enviaremos un correo electrónico a la dirección que proporcione, con un enlace para que reciba sus materiales de beneficios en línea.





Lea esta información importante

Si actualmente usted tiene una cobertura de la salud de un empleador o sindicato, su inscripción en Allwell podría afectar sus beneficios de salud de su empleador o sindicato. Si se inscribe en Allwell, podría perder la cobertura de la salud de su empleador o sindicato. Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite su sitio web o póngase en contacto con la oficina que aparece en sus comunicaciones. Si no existe información de contacto, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarle.

Lea y firme a continuación

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Allwell es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Deberé conservar la Parte A y la Parte B de Medicare. Puedo tener solo un plan Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan automáticamente cancelará mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura de medicamentos que requieren receta médica que tenga o pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan generalmente es para todo el año. Una vez inscrito, puedo abandonar el plan o realizar cambios solo en ciertos momentos del año, cuando un período de inscripción está disponible (por ejemplo: desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre todos los años), o conforme a ciertas circunstancias especiales.

Allwell brinda servicios en un área de servicios específica. Si me mudo del área en la que Allwell brinda servicios, debo notificarle al plan para poder cancelar la inscripción y encontrar un nuevo plan para mi nueva área. Una vez que me convierta en afiliado de Allwell, tengo derecho a apelar decisiones del plan sobre pagos o servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré la Evidencia de Cobertura (por sus siglas en inglés, EOC) de Allwell cuando la reciba para conocer qué normas debo cumplir para obtener cobertura de este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas que tienen Medicare suelen no 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, desde la fecha en que comienza la cobertura de Allwell, debo obtener toda la atención de salud de Allwell, a excepción de servicios requeridos de urgencia o de emergencia o servicios de diálisis fuera del área. Estarán cubiertos los servicios autorizados por Allwell y otros servicios incluidos en la *Evidencia de Cobertura* (EOC) de Allwell (también conocida como contrato de afiliación o acuerdo de suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI ALLWELL PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que, si obtengo asistencia de un agente de ventas, agente de seguro médico u otra persona empleada o contratada por Allwell, esta persona puede recibir un pago en función de mi inscripción en Allwell.



Divulgación de la información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, acepto que Allwell divulgará mi información a Medicare y otros planes si es necesario para tratamientos, pagos y operaciones de atención de salud. También acepto que Allwell divulgará mi información, incluidos los datos sobre los medicamentos con receta, a Medicare, que lo puede hacer para llevar a cabo investigaciones y con otros fines que cumplen todos los estatutos y las regulaciones federales aplicables. La información contenida en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si intencionalmente incluyo información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre según las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si está firmado por una persona autorizada (como se explica anteriormente), esta firma certifica que 1) dicha persona está autorizada conforme a las leyes del estado para completar esta inscripción, y que 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, 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 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:

(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

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, su inscripción puede ser cancelada.

- 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, una casa de reposo 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 mi cobertura del 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 otros enunciados aquí mencionados se aplicaba a mí, 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 HMO: 1-844-796-6811 o HMO D-SNP: 1-877-935-8023 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) para consultar 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 días feriados nacionales.

Usted debe continuar pagando la prima mensual de Medicare Parte B. 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 conserve su elegibilidad para Medicaid.

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

Español: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al HMO al: 1-844-796-6811 (TTY: 711) o HMO D-SNP: 1-877-935-8023 (TTY: 711)

FRM032027SK00 (7/19)



