N.º de OMB 0938-1378 | Vence el: 6/30/26

Solicitud de inscripción de Senior Care Options y Medicare Advantage 2025

WellSense HEALTH PLAN

MassHealth

Este formulario es para las personas que tienen beneficios de MassHealth Standard y las Partes A y B de Medicare, y eligen inscribirse en WellSense Senior Care Options.

Instrucciones del formulario de inscripción. Por favor, lea antes de completar.

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean unirse a un plan Medicare Advantage

Para unirse a un plan usted debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o encontrarse legalmente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante:

Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe contar con:

- Medicare Parte A (Seguro Hospitalario)
- Medicare Parte B (Seguro Médico)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de contar con Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de plan

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 roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota:

Debe completar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura porque no los haya completado.

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe obtener su formulario completo hasta el 7 de diciembre.

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

WellSense Health Plan
c/o Senior Care Options
100 City Square, Suite 200
Charlestown, MA 02129

Una vez que procesen su solicitud para unirse, se pondrán en contacto con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame al Plan de Salud WellSense al **855-833-8124.** Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

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

En español:

Llame a WellSense Health Plan al **855-833-8124** (TTY) 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, una casilla de correos, una dirección de un refugio o clínica o, incluso, la dirección en la que recibe correos (por ejemplo, cheques del seguro social) puede ser considerada su dirección de residencia permanente.

Certificación de elegibilidad para un período de inscripción

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. Al marcar alguna de las siguientes casillas, está certificando que, a su leal saber y entender, es elegiblepor un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se le cancele la inscripción.

- ☐ Me estoy inscribiendo durante el período de inscripción anual (AEP) del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP) del 1 de enero al 31 de marzo.
- ☐ Recientemente me mudé fuera del área de servicio para mi plan actual o me mudé recientemente y este planes una nueva opción para mí. Me mudé el (insertar fecha) ___/___/___
- ☐ Recientemente fui liberado de la cárcel. Me liberaron el (insertar fecha) ___/___/___
- ☐ Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos. Regreséa los EE.UU. el (insertar fecha) ___/___/___
- ☐ Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (insertar fecha) ___/___/___
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (Medicaid recientemente recibido, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (insertar fecha) ___/___/___
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de los medicamentos recetados de Medicare (Ayuda adicional recientemente recibida, tuve un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí Ayuda adicional) el (insertar fecha) ___/___/___
- ☐ Tengo Medicare y Medicaid (o el estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- ☐ Me estoy mudando, vivo o me mudé recientemente de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré dentro/fuera de la instalación el(insertar fecha) ___/___/___
- ☐ Recientemente dejé un programa PACE el (insertar fecha) ___/___/___
- ☐ Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (insertar fecha) ___/___/___
- ☐ Dejo la cobertura del empleador o sindicato el (insertar fecha) ___/___/___
- ☐ Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por el estado.
- ☐ Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- ☐ Fui inscrito en un plan de Medicare (o del estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha) ___/___/___
- ☐ Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP) pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Me dieron de baja del SNP el (insertar fecha) ___/___/___
- ☐ Me afectó una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Una de las demás declaraciones aquí se aplicaban a mí, pero no pude hacer mi solicitud de inscripción debido al desastre.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con el plan WellSense Senior Care Options al 855-833-8124 (los usuarios de TTY deben llamar a TTY 711) para ver si califica para inscribirse. Estamos abiertos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Estamos abiertos todos los días del 1 de octubre al 31 de marzo.

Información de MassHealth:

¿Está inscrito en MassHealth Standard? ☐ Sí ☐ No

Por favor escriba su número de identificación de MassHealth o adjunte una copia de su tarjeta de MassHealth/Medicaid. Su número de MassHealth es el número de 12 dígitos debajo de su nombre.

Número de Id. de MassHealth/Medicaid: ___ ___ ___ ___ - ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___

Para inscribirse en una organización de atención para personas mayores, debe tener 65 años o más, tener beneficios de MassHealth Standard, vivir en los condados de Barnstable, Bristol, Hampden, Plymouth o Suffolk, no tener otro seguro de salud integral (excepto Medicare) y no ser residente de un hospital crónico.

Sección 1: Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcional)

Seleccione el plan en el que desea inscribirse

☐ WellSense Senior Care Options - $0 por mes

Nombre: Apellido Primer nombre Inic. del 2.º nombre (opcional)	**Sexo:** ☐ Masculino ☐ Femenino
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): (__ __ /__ __ /__ __ __ __)	**Número de teléfono:** ( )

Dirección de residencia permanente (No introduzca ningún apartado Nota: En el caso de las personas sin hogar, un apartado de correos puede considerarse su dirección de residencia permanente).

Calle:

Ciudad: Condado: Estado: Código postal:

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite apartado postal)

Calle:

Ciudad: Estado: Código postal:

Dirección de correo electrónico*

**Tenga en cuenta que: Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted está dando permiso a WellSense para enviarle un mensaje de correo electrónico (por ejemplo, confirmando que recibimos su solicitud y/o información sobre cómo optar por recibir comunicaciones por correo electrónico adicionales relacionadas con el plan).*

Su información de Medicare

Número de Medicare: ___ ___ ___ ___ - ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___

Conteste estas preguntas importantes

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de WellSense Health Plan Medicare Advantage? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura: N.º de miembro para esta cobertura: N.º de grupo para esta cobertura:

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación.

Debo seguir manteniendo la cobertura de Hospital (Parte A) y Médica (Parte B) para permanecer en WellSense Health Plan Medicare Advantage. WellSense Medicare Advantage es un plan de una HMO (organización de mantenimiento de la salud) con un contrato de Medicare. La inscripción en estos planes depende de la renovación del contrato.

- Al unirme a este Plan Medicare Advantage, reconozco que WellSense Health Plan Medicare Advantage compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para rastrear mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad que se encuentra a continuación).
- Usted puede llenar este formulario de manera voluntaria. Sin embargo, la falta de respuestas puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan MA.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de WellSense Health Plan Medicare Advantage, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de WellSense Health Plan Medicare Advantage. Los beneficios y servicios proporcionados por WellSense Health Plan Medicare Advantage y contenidos en mi documento de "Evidencia de cobertura" de WellSense Health Plan Medicare Advantage (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni WellSense Health Plan Medicare Advantage pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información de este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Comprendo que, si proporciono información falsa de forma intencional en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo la información contenida en esta solicitud. Si el formulario está firmado por un representante autorizado (como se describió anteriormente), esta firma certifica que:

1) esta persona está autorizada por las leyes del Estado para completar esta inscripción; y
2) la documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

Firma: **Fecha de hoy:**

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete la siguiente información:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono: ( ) **Relación con la persona inscrita:**

Sección 2: Todos los campos de esta página son opcionales

Es su decisión responder estas preguntas. No se le puede negar cobertura por no rellenarlas.

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

- ☐ No, no de origen hispano, latino o español
- ☐ Sí, puertorriqueño
- ☐ Sí, otro origen hispano, latino o español
- ☐ Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano/a
- ☐ Sí, cubano
- ☐ **Prefiero no responder.**

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Indígena americano o nativo de Alaska
- ☐ Chino
- ☐ Japonés
- ☐ Otro asiático
- ☐ Vietnamita
- ☐ Asiático indio
- ☐ Filipino
- ☐ Coreano
- ☐ Otro isleño del Pacífico
- ☐ Blanco
- ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Guamano o Chamorro
- ☐ Nativo hawaiano
- ☐ Samoano
- ☐ **Prefiero no responder.**

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma distinto del inglés. ☐ Español

¿Cuál es su sexo? Seleccione uno.

- ☐ Mujer
- ☐ Hombre
- ☐ No binario
- ☐ Uso un término diferente: _____
- ☐ **Prefiero no responder.**

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor lo que piensa de sí mismo? Seleccione una.

- ☐ Lesbiana o gay
- ☐ Heterosexual, es decir, no gay ni lesbiana
- ☐ Bisexual
- ☐ Uso un término diferente: _____
- ☐ No sé
- ☐ **Prefiero no responder.**

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Comuníquese con WellSense Health Plan al 855-833-8124 si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado anteriormente. Nuestro horario de oficina es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (Abierto todos los días del 1 de octubre al 31 de marzo. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No **¿Trabaja su cónyuge?** ☐ Sí ☐ No

Indique su médico de cabecera (PCP), clínica o centro de salud:

¿Es usted un paciente actual del PCP que seleccionó? ☐ Sí ☐ No

Quiero obtener los siguientes materiales por correo electrónico. ☐ Todos los materiales electrónicos disponibles

Dirección de correo electrónico:

Solo para quienes ayudan a la persona que se inscribe a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (es decir, agentes, asesores de SHIP, familiares u otros terceros) que ayuda a un afiliado a completar este formulario.

Nombre: Relación con el afiliado:

Firma:

Número nacional de productor (solo agentes o corredores):

Fecha de recepción de la solicitud por el agente/corredor:	**Fecha propuesta para la entrada en vigor:**

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, revelar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", n.º de sistema 09-70-0588. Usted puede llenar este formulario de manera voluntaria. Sin embargo, la falta de respuestas puede afectar la inscripción en el plan.

De acuerdo con la Ley de reducción de trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que tenga un número de control de OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es de 20 minutos en promedio por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, investigar fuentes de datos existentes, obtener los datos que se necesitan y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias sobre cómo mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.