N.º de la OMB 0938-1378
Vencimiento: 7/31/2024

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

¿Quién puede usar este formulario?

Los miembros de 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 Parte A (seguro hospitalario).
- Medicare Parte B (seguro médico).

¿Cuándo se utiliza 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.

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 completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima de este. 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).

¿Qué ocurre después?

Envíe su formulario completado y firmado a la siguiente dirección:

Wellcare
PO 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 **1-866-859-9084**. 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).

©Wellcare 2022

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 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 “¿Qué ocurre después?” de esta página para enviar su formulario completado al plan.

©Wellcare 2022

Formulario de inscripción individual para el plan de medicamentos recetados de Wellcare Medicare para 2023

Comuníquese con Wellcare si necesita información en otro idioma o en formato (braille).

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

Para inscribirse en un plan Wellcare Prescription Insurance, Inc., proporcione la siguiente información:

*** Seleccione la casilla para el plan al que quiera inscribirse:** ☐ Wellcare Classic

☐ Wellcare Medicare Rx Value Plus ☐ Wellcare Value Script

N.º de ID del plan: S: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ *$☐☐☐.☐☐ por mes

☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta. *Sexo: ☐ M ☐ F

*Fecha de nacimiento: (MMDDYYYY) ☐☐☐☐☐☐☐☐

*Apellido: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Inicial del segundo nombre: ☐ *Nombre: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*N.º de teléfono principal: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

N.º de teléfono secundario: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Dirección de correo electrónico del beneficiario:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tenga en cuenta que, si nos brinda su correo electrónico, acepta recibir nuestros mensajes. Estará en nuestra lista de difusión y podrá optar, en cualquier momento, por no recibir futuras comunicaciones por correo electrónico.

*Dirección de residencia permanente: (no introduzca un apartado postal)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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: ☐☐☐☐☐

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

©Wellcare 2022

Información de contacto de emergencia (opcional):

Contacto de emergencia:

N.º de teléfono:

Relación con usted:

Proporcione su información del seguro de Medicare

Tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare a mano para completar esta sección.

- Rellene esta información como se muestra en su tarjeta de Medicare.
  - O BIEN -
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de su carta del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro.

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

*N.º de Medicare:

Tiene derecho a:	Fecha de entrada en vigor: (MMDDYYYY)
SEGURO HOSPITALARIO (Parte A)	
SEGURO MÉDICO (Parte B)	

Debe tener Medicare Parte A o Parte B (o las dos) para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Lea y responda estas preguntas importantes:

*1. ¿Tendrá alguna otra cobertura para 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 la otra cobertura:

*N.º de miembro para esta cobertura:

*N.º de grupo para esta cobertura:

Representante autorizado:

©Wellcare 2022

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: N.º de teléfono:

---

3. ¿Es usted de origen hispano, latino o español? Marque todos los que correspondan.

No, ni de origen hispano, ni latino ni español ☐ Sí, mexicano, mexicoestadounidense, chicano ☐

Sí, puertorriqueño ☐ Sí, cubano ☐ Sí, de otro origen hispano, latino o español ☐

Prefiero no responder ☐

---

4. ¿A qué raza pertenece? Marque todos los que correspondan.

Indígena estadounidense o nativo de Alaska ☐ Indio asiático ☐ Negro o afroamericano ☐

Chino ☐ Filipino ☐ Guameño o chamorro ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Nativo de Hawái ☐

De otro origen asiático ☐ Nativo de otras islas del Pacífico ☐ Samoano ☐ Vietnamita ☐

Blanco ☐ **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) ☐ Hawaiano (sujeto a disponibilidad) ☐

Ilocano (sujeto a disponibilidad) ☐ Samoano (sujeto a disponibilidad) ☐

Formato grande ☐ Braille ☐ CD de audio ☐

Comuníquese con Wellcare al **1-866-859-9084** 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. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

Representante autorizado:

©Wellcare 2022

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. 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 establece 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 de la RRB, o Medicare le enviará una factura directamente. NO le pague a Wellcare la cantidad adicional correspondiente al IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar y obtener la Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar los costos de medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de medicamentos, incluidos los deducibles anuales, las primas mensuales y el coseguro de sus medicamentos recetados. Además, las personas que califican no tendrán una interrupción en la cobertura ni una multa por inscripción tardía. Aunque esté recibiendo la Ayuda Adicional en el presente, es posible que deba volver a solicitar la recertificación. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre la 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 la Ayuda Adicional en línea, ingresando en **www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp**. Si califica para recibir la Ayuda Adicional para pagar los costos de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, este pagará una parte o la totalidad de la prima de su plan. Si Medicare paga únicamente una parte de esta prima, le facturaremos por el monto que Medicare no cubra. 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:

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

©Wellcare 2022

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: _____

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

N.º 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 quiero 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 o la 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 entrada en vigor 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 entrada en vigor 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 deducción de su cuenta bancaria (cuenta corriente o de ahorros) en lugar de utilizar los cupones mensuales. Para configurar el pago, visite nuestro sitio web, **www.wellcare.com/PDP**, o comuníquese con el número de Servicios al Miembro al **1-866-859-9084**.

STOP Lea esta información importante:

Si usted 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 alguna pregunta, comuníquese con su plan Medicare Advantage.

Representante autorizado:

©Wellcare 2022

Si actualmente tiene cobertura de salud mediante un empleador o sindicato, su inscripción en Wellcare podría afectar los beneficios que recibe de su empleador o sindicato. Podría perder la 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 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.

Lea y firme:

- Debo conservar la Parte A o la Parte B para permanecer en Wellcare.
- Al inscribirme en este plan de medicamentos recetados de Medicare, reconozco que Wellcare compartirá mi información con Medicare, quien podrá utilizarla para realizar un seguimiento de la inscripción de beneficiarios, para efectuar pagos y para otros propósitos permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar su inscripción en el plan.
- Entiendo que solamente puedo estar inscrito en un plan de la Parte D a la vez y que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de la Parte D.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no tienen cobertura de Medicare mientras están fuera del país, a excepción de una cobertura limitada en zonas próximas a la frontera con los EE. UU.
- La información que figura en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada por la ley para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y que comprendo su contenido. Si la firma un representante autorizado (conforme se describe anteriormente), esta firma certifica lo siguiente:

1) La persona está autorizada en virtud de las leyes estatales para completar la inscripción.

2) La documentación referida a dicha autorización se encuentra disponible a solicitud de Medicare.

Firma: _____ **Fecha de hoy:** | | | | | | | | |
M M D D Y Y Y Y

Representante autorizado: | | | | | | | | | | |

©Wellcare 2022

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

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

*Nombre: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

*Ciudad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ *Estado: ☐☐

*Código postal: ☐☐☐☐☐ *N.º de teléfono: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*Relación con la persona inscrita: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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 de inscripción anual.

Lea detenidamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración 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 declaración 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. ☐ Estoy 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 de forma reciente fuera del área de servicios de mi plan actual, o me mudé de forma reciente y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el ☐☐☐☐☐☐☐☐.
4. ☐ Fui liberado de la cárcel de forma reciente. Fui liberado el ☐☐☐☐☐☐☐☐.
5. ☐ Regresé hace poco a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el ☐☐☐☐☐☐☐☐.
6. ☐ Obtuve el permiso para permanecer legalmente en los Estados Unidos de forma reciente. Obtuve este permiso el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

©Wellcare 2022

7. ☐ Recientemente hubo cambios en mi situación con Medicaid (comencé a recibir Medicaid, cambió mi nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

8. ☐ Recientemente hubo cambios en la Ayuda Adicional con respecto al pago de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (acabo de obtener una Ayuda Adicional, cambió mi nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

9. ☐ Tengo cobertura de Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare), o bien recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no hubo cambios.

10. ☐ Vivo en un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un centro de convalecencia o un centro de atención a largo plazo) o recientemente me mudé fuera de uno. Me mudé o mudaré a un centro o fuera de este el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

11. ☐ Dejé el programa PACE hace poco, el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

12. ☐ Recientemente perdí, de forma involuntaria, mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (una cobertura equivalente a la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

13. ☐ Dejaré la cobertura del empleador o sindicato el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

14. ☐ Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica que ofrece mi estado.

15. ☐ Mi plan cancelará su contrato con Medicare, o Medicare cancelará su contrato con mi plan.

16. ☐ Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero escoger un plan distinto. Mi participación en ese plan comenzó el ☐☐☐☐☐☐☐☐.

17. ☐ Me afectó una emergencia o un desastre mayor, como lo declaró la Agencia Federal de Manejo de Emergencias (FEMA) o una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones del presente formulario se aplicaba a mí, pero no pude solicitar mi inscripción debido al desastre.
No me inscribí en el período correspondiente debido a: ☐

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

19. ☐ Voy a inscribirme en un plan Medicare de 5 estrellas.

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

21. ☐ Estoy inscrito en un plan en el que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) identificaron un constante mal desempeño.

Representante autorizado: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

©Wellcare 2022

22. ☐ Me inscribí en un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados cuando cumplí 65 años. No han pasado 12 meses desde que me inscribí en este plan. Quiero cambiar a Original Medicare e inscribirme en un plan de medicamentos.

23. ☐ Renuncié a una póliza de seguro suplementario de Medicare (Medigap) cuando me inscribí por primera vez en un plan Medicare Advantage. Han pasado menos de 12 meses desde que renuncié a la póliza de Medigap. Quiero cambiar a Original Medicare para poder volver a tener mi póliza de Medigap e inscribirme en un plan de medicamentos (Parte D).

24. ☐ Otro _____

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con Wellcare al **1-866-859-9084** para averiguar si es elegible para inscribirse. 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**.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, no se debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se calcula que el promedio de tiempo necesario para completar esta información es de 20 minutos por respuesta. Esto incluye el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Wellcare es ofrecido por WellCare Prescription Insurance, Inc.

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) 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 del Seguro 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), "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 2022

Representante autorizado: | | | | | | | | | | |

Para uso exclusivo del representante autorizado o de la oficina:

Nombre del miembro del personal/agente/corredor/representante autorizado (si ayudó en la inscripción):

Nombre del representante autorizado: _____

Fecha de recepción de la solicitud: M M D D Y Y Y Y

ID del representante autorizado:

N.º de verificación del alcance de la cita:

N.º de teléfono del representante autorizado:

N.º de ID del plan: S

Fecha de entrada en vigor de la cobertura: M M D D Y Y Y Y

Nombre del plan:

Representante autorizado:

©Wellcare 2022