



## Pagando la prima de su Plan

Si determinamos que usted debe 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 (EFT) o tarjeta de crédito cada mes. También puede optar por pagar su prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de sus beneficios del Railroad Retirement Board (RRB) cada mes. Si se le determina una cantidad de ajuste mensual relacionada con el ingreso de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo hará saber. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de la prima de su plan. El monto será retenido ya sea de su cheque de beneficios del Seguro Social o Medicare y/o la RRB le facturarán directamente. **NO pague a Care Wisconsin Medicare Dual Advantage (HMO SNP) la Parte D-IRMAA.**

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califican no estarán sujetos a la brecha de cobertura o a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. 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 ayuda adicional en línea en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si usted califica para recibir ayuda adicional con los costos de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, éste le pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le enviaremos una factura por el monto que Medicare no cubra.

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

### Por favor seleccione una opción de pago de prima:

- Recibir una factura
- Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria cada mes. Por favor incluya un cheque ANULADO o proporcione lo siguiente:

Nombre del propietario de la cuenta: \_\_\_\_\_

Bank routing number del banco: \_\_\_\_\_ Número de cuenta del banco: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta:  Cheques  Ahorros  Tarjeta de Crédito.

- Tarjeta de crédito. Por favor brinde la siguiente información:

Tipo de tarjeta: \_\_\_\_\_

Nombre del propietario de la cuenta como aparece en la tarjeta: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Fecha de Expiración: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (Mes/Año)

- Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o del Railroad Retirement Board (RRB). (La deducción del Seguro Social / RRB puede tomar dos o más meses para comenzar después 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 solicitud de deducción automática, la primera deducción de su Beneficio de Seguro Social o del RRB El cheque incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta que comience la retención. Si el Seguro Social o el RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

**Por favor lea y responda estas importantes preguntas:**

1. ¿Tiene usted enfermedad renal en etapa terminal (*ESRD sig. en inglés*)?  Sí  No

Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso y/o ya no necesita diálisis regularmente, **adjunte por favor una nota o registros de su médico** que demuestren que ha tenido un trasplante de riñón exitoso o que no necesita diálisis, de lo contrario es posible que tengamos que contactarte para obtener información adicional.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluidos otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de VA o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos recetados además de Care Wisconsin Medicare Dual Advantage (HMO SNP)?  Sí  No

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

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_ # de identificación para esta cobertura: #de grupo para esta cobertura: \_\_\_\_\_

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

En caso afirmativo, brinde por favor la siguiente información:

Nombre de la institución \_\_\_\_\_

Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle): \_\_\_\_\_

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

En caso afirmativo, brinde su número de Medicaid \_\_\_\_\_

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan?  Sí  No

**Por favor marque uno de los espacios a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en otro formato:**

\_\_\_ Español

\_\_\_ Hmong

\_\_\_ Braille

\_\_\_ Letra grande

Por favor comuníquese con Care Wisconsin Medicare Dual Advantage (HMO SNP) al 1-800-963-0035 si necesita información en otro formato o idioma diferente a los que se detallan arriba. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. - 8 p.m., 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar a Wisconsin Relay 711.



### Por favor lea esta importante información

Si actualmente tiene cobertura médica por parte de un empleador o sindicato, inscribirse en Care Wisconsin Medicare Dual Advantage (HMO SNP) podría afectar los beneficios de salud de su empleador o sindicato. Usted podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en Care Wisconsin Medicare Dual Advantage (HMO SNP). Lea las comunicaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que figura en sus comunicaciones. Si no hay información sobre a quién contactar, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarlo.

### Por favor lea y firme debajo

#### Al completar esta solicitud de inscripción, yo estoy de acuerdo con lo siguiente:

Care Wisconsin Dual Advantage (HMO SNP) es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Necesitaré mantener mi Medicare Partes A y B. Yo puedo estar solamente en un Plan Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi inscripción en este plan automáticamente terminará mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan generalmente es para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo abandonar este plan o realizar cambios solo en ciertos momentos del año cuando hay un período de inscripción disponible (por ejemplo, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o bajo ciertas circunstancias especiales.

Care Wisconsin Medicare Dual Advantage (HMO SNP) sirve a un área de servicios específica. Si me mudo del área que atiende el plan Care Wisconsin Medicare Dual Advantage (HMO SNP), debo notificar al plan para que me puedan dar de baja y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que soy miembro de Care Wisconsin Medicare Dual Advantage (HMO SNP), tengo el derecho de apelar las decisiones del plan sobre el pago o los servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de cobertura de Care Wisconsin Medicare Dual Advantage (HMO SNP) cuando lo obtenga para saber qué reglas debo seguir para tener cobertura con este Plan Medicare Advantage. Entiendo que, por lo general, las personas que tienen Medicare no están cubiertas usualmente por Medicare mientras están fuera del país, a excepción de la cobertura limitada cerca de la frontera con los EE. UU.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Care Wisconsin Medicare Dual Advantage (HMO SNP), debo tener toda mi atención médica por parte de Care Wisconsin Medicare Dual Advantage (HMO SNP), excepto por los servicios de emergencia, urgentes o servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por Care Wisconsin Medicare Dual Advantage (HMO SNP) y otros servicios incluidos en mi documento de Evidencia de Cobertura (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) de Care Wisconsin Medicare Dual Advantage (HMO SNP) estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI CARE WISCONSIN MEDICARE DUAL ADVANTAGE (HMO SNP) PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por Care Wisconsin Medicare Dual Advantage (HMO SNP), se le puede pagar en función a mi inscripción en Care Wisconsin Medicare Dual Advantage (HMO SNP).

**Divulgación de información:** Al unirme a este plan de salud de Medicare, reconozco que Care Wisconsin Medicare Dual Advantage (HMO SNP) divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para el tratamiento o el pago y las operaciones de atención médica. También reconozco que Care Wisconsin Medicare Dual Advantage (HMO SNP) divulgará mi información, incluyendo los datos de mis medicamentos recetados, a Medicare, quien podrá divulgarla para fines de investigación y otros fines que cumplan con todos los estatutos y reglamentos federales aplicables. La información en este formulario de inscripción es correcta según mi mejor saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se cancelará mi membresía en el plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si está firmado por una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autorización está disponible a petición de Medicare.

<b>Firma:</b>	<b>Fecha de hoy:</b>
---------------	----------------------

Si usted es un representante autorizado, debe firmar arriba y brindar la siguiente información:

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
**Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Número de teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
**Relación con el inscrito:** \_\_\_\_\_

**Para uso oficial solamente:**  
Nombre del miembro del personal/agente/intermediario (si brindó asistencia en la inscripción)  
\_\_\_\_\_  
# de ID del Plan: \_\_\_\_\_  
Fecha efectiva de cobertura: \_\_\_\_\_  
ICEP/IEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ SEP (tipo): \_\_\_\_\_ No Califica: \_\_\_\_\_  
Número de confirmación:  
\_\_\_\_\_



Care Wisconsin Health Plan  
1617 Sherman Avenue  
Madison, WI 53704  
www.carewisc.org