



Formulario de Afiliación Individual de Beneficios Opcionales para 2021

Allwell ofrece beneficios opcionales por una prima mensual adicional del plan. A este formulario lo deben utilizar únicamente los afiliados actuales que deseen agregar el Paquete de Beneficios Opcionales al plan Medicare Advantage de Allwell que ya tienen o los afiliados que ya estén afiliados en un Paquete de Beneficios Opcionales, pero que deseen cambiarse a una opción de paquete diferente. Revise las opciones de paquetes del plan que aparecen en este formulario antes de afiliarse. El pago de la prima mensual por los beneficios suplementarios opcionales es adicional a la prima mensual del plan y a la prima mensual de la Parte B de Medicare.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA

Nombres tal como aparecen en la tarjeta de Medicare - Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección de domicilio permanente

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

Condado de la dirección de domicilio permanente	Número de teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

Dirección postal (si es diferente de la anterior)

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

Dirección de correo electrónico (necesaria si desea recibir documentos en línea)	Fecha de nacimiento	Sexo
<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="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	M M D D A A A A	

N. de Medicare (de la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)	Allwell
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Luego de completar este formulario, envíelo por correo a la siguiente dirección:
Allwell, PO Box 10420, Van Nuys, CA 91410

Consulte la página 5 de este formulario para conocer cuáles son los Paquetes de Beneficios Opcionales que están disponibles para su plan Medicare Advantage de Allwell.

Complete esta sección si desea afiliarse en un Paquete de Beneficios Opcionales

Actualmente estoy afiliado en un plan Medicare Advantage de Allwell, con una prima mensual del plan de \$ [] y deseo afiliarme al Paquete de Beneficios Opcionales [] por una prima mensual adicional de \$ [].

Complete esta sección si ya es afiliado y desea cambiarse de Paquete de Beneficios Opcionales

Actualmente estoy afiliado a un plan Medicare Advantage de Allwell Y al Paquete de Beneficios Opcionales, [] y deseo cambiar al Paquete de Beneficios Opcionales [] por una prima mensual adicional de \$ [].

No utilice este formulario para cambiar el plan Medicare Advantage de Allwell.

Si opta por un Paquete de Beneficios Opcionales que incluye cobertura para servicios dentales HMO, seleccione un proveedor dental del Directorio de Proveedores Dentales de Allwell.

Nombre del proveedor

N.º de identificación del proveedor

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

Seleccione una opción de pago de prima mensual:

- Recibir una factura
- Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o del Consejo de Jubilación Ferroviaria (RRB). Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB
- (Es posible que la deducción del Seguro Social/RRB se demore dos meses o más en empezar a partir de que el Seguro Social o la RRB la aprueben. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su pedido de una deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas mensuales adeudadas desde la fecha de entrada en vigor de su afiliación hasta la fecha en que inician las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su pedido de una deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales).

Los nuevos afiliados tienen tiempo para afiliarse hasta finales del primer mes de la afiliación inicial. Los beneficios entrarán en vigor el primer día del mes siguiente. Comprendo que, para ser elegible para recibir el Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales, debo seguir siendo afiliado de un plan Medicare Advantage de Allwell. Si cancelo mi afiliación al plan, automáticamente se cancelará mi afiliación al Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales. Mi afiliación al Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales se cancelará si dejo de pagar el Paquete de Beneficios Suplementarios Opcionales, pero mi condición de afiliado al plan Medicare Advantage (atención médica) no se verá afectada. Simplemente, mi cobertura volverá a ser la del plan Medicare Advantage (atención médica) estándar de Allwell.

Puede cancelar su afiliación a esta opción en cualquier momento mediante un aviso por escrito a Allwell. Sin embargo, una vez que se cancele su afiliación, la reinscripción durante el mismo año calendario estará limitada. Los períodos de elección disponibles para afiliarse a los beneficios opcionales son del 15 de octubre de 2020 al 31 de diciembre de 2020 y la fecha de entrada en vigor será el 1 de enero de 2021; y del 1 de enero de 2021 al 31 de enero de 2021, y la fecha de entrada en vigor será el 1 de febrero de 2021.

Al optar por la opción HMO, comprende que, a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura de este Paquete de Beneficios Opcionales, para que se cubran los servicios, usted debe recibir esos servicios a través de los proveedores contratados de Allwell, a excepción de los servicios de emergencia y los servicios requeridos de urgencia según lo descrito en el *Resumen de Beneficios* o en la *Evidencia de Cobertura* (por sus siglas en inglés, EOC).

Divulgación de información

Autorizo a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (por sus siglas en inglés, CMS) a brindarle información al Plan, y a la vez autorizo al Plan, a las clínicas y a los médicos del Plan, o a cualquier otra persona que posea información médica u otra información relevante sobre mí, a brindarles a los CMS o a los representantes de los CMS la información necesaria para administrar el programa de Medicare. También autorizo al Plan a divulgar la información necesaria u otra información relevante sobre mí a los proveedores de servicios.

Comprendo que mi firma en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud y que acepto cumplir las normas del plan respecto de los Planes de Beneficios Opcionales. (Lea el documento de su *Evidencia de Cobertura* para saber cuáles son las normas que debe cumplir para recibir la cobertura de Allwell).

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

M M D D A A A A

Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información:

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Relación con el solicitante

Número de teléfono

 - -

Gracias por elegir Allwell. Si tiene alguna pregunta, llame al 1-833-543-0246 (TTY: 711). 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 feriados nacionales.

OFFICE USE ONLY:

Group #

Effective date of coverage

M M D D Y Y Y Y

Correction of member information

Revise las opciones antes de afiliarse a un Paquete de Beneficios Opcionales.

Consulte el *Resumen de Beneficios* o la *Evidencia de Cobertura* (EOC) para obtener información detallada, conocer las áreas de servicio, las primas mensuales de los beneficios y los costos relacionados con cada plan. Algunos planes no están disponibles en todas las áreas de servicio.

PAQUETE DE BENEFICIOS OPCIONALES	
Allwell Wellbeing Prima mensual del plan: \$18.10 Beneficio: Beneficios de atención dental y de la vista	
NOMBRE DEL PLAN	CONDADOS
Allwell Medicare Boost (HMO) H2134-002	Condados de Bernalillo, Dona Ana, Sandoval y Santa Fe, NM

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen obligación de atender a los afiliados de Allwell, excepto en situaciones de emergencia. Para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red, llame a nuestros Servicios para afiliados o consulte la *Evidencia de Cobertura*.

Allwell tiene un contrato con Medicare para los planes HMO. La afiliación a Allwell depende de la renovación del contrato.

FRM043310SK00 (7/20)

