

# Formulario de cancelación de la inscripción



**Cada miembro que solicite la cancelación de la inscripción debe completar un formulario.**

Si solicita la cancelación, debe continuar recibiendo toda la atención médica de Wellcare By Allwell hasta la fecha de entrada en vigor de la cancelación. Comuníquese con nosotros para comprobar que se haya cancelado la inscripción antes de buscar servicios médicos fuera de la red de Wellcare By Allwell. Le informaremos cuál es su fecha de entrada en vigor después de haber recibido este formulario de su parte.

**Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Wellcare By Allwell al número que corresponda indicado a continuación. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, se utiliza un sistema de mensajería. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.**

**PUEDA COMPLETAR ESTE FORMULARIO DESDE SU COMPUTADORA. TAMBIÉN PUEDE IMPRIMIRLO Y COMPLETARLO. EN ESE CASO, UTILICE TINTA NEGRA O AZUL PARA ESCRIBIR SUS RESPUESTAS. RELLENE LAS CASILLAS CON UNA "X".**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Sr.  Sra.  Srta.  Sra./Srta.

N.º de identificación (ID) de suscriptor en Wellcare By Allwell \_\_\_\_\_

N.º de Medicare \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_ Sexo  M  F

N.º de teléfono particular \_\_\_\_\_ N.º de teléfono móvil \_\_\_\_\_

Dirección de residencia permanente (no se permite un n.º de apartado postal) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección de correo si no es la misma que la de residencia permanente (se permite un n.º de apartado postal) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Lea atentamente y complete la siguiente información antes de firmar y fechar este formulario de cancelación de la inscripción.**

Si me inscribí en otro plan Medicare Advantage u otro plan de medicamentos recetados de Medicare, entiendo que Medicare cancelará mi membresía actual en Wellcare By Allwell a partir de la fecha de entrada en vigor de la nueva inscripción. Entiendo que no podré inscribirme en otro plan en este momento. También entiendo que, si cancelo mi inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y quiero obtener esta cobertura en el futuro, es posible que deba pagar una prima más alta, debido a una multa por inscripción tardía en dicha cobertura.

*(continúa en la siguiente página)*

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona que autoricé para que tome decisiones en mi nombre) en este formulario significa que lo he leído y que comprendo su contenido. Si firma un representante autorizado, la firma certifica que dicha persona está habilitada conforme a la ley estatal para completar esta cancelación de la inscripción y que los documentos que avalan dicha autorización estarán disponibles cuando se los solicite.

Firma\*: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

\* O la firma de la persona autorizada para tomar decisiones en su nombre conforme a la ley del estado donde vive. Si firma una persona autorizada (según se describió antes), la firma certifica que (1) esta persona está habilitada conforme a la ley estatal para completar esta cancelación de la inscripción y (2) que los documentos que avalan dicha autorización estarán disponibles cuando los solicite Wellcare By Allwell o Medicare.

**Si usted es el representante autorizado, debe firmar en el espacio indicado antes y brindar la siguiente información:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Relación con la persona inscrita: \_\_\_\_\_

**Por lo general, usted puede cancelar la inscripción en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual, que tiene lugar del 15 de octubre al 7 de diciembre, todos los años, o durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage, del 1.º de enero al 31 de marzo, todos los años.**

**Hay excepciones que tal vez permitan que usted cancele la inscripción fuera de dicho período. Si tiene preguntas sobre cuándo puede cancelar la inscripción, llame a Servicios al Miembro y solicite ayuda.**

**SELECCIONE EL MOTIVO DE LA CANCELACIÓN QUE CORRESPONDA A SU CASO.**

**Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla que corresponda a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de elección.**

- Recientemente hubo un cambio en mi situación con Medicaid (pasé a calificar para Medicaid, se modificó el nivel de asistencia de Medicaid o perdí la elegibilidad para la cobertura de Medicaid) el \_\_\_\_\_.
- Recientemente hubo un cambio en la Ayuda Adicional (Extra Help) que recibo para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (pasé a calificar para recibir Ayuda Adicional (Extra Help), se modificó el nivel de Ayuda Adicional (Extra Help) que recibo o perdí la elegibilidad para recibir Ayuda Adicional (Extra Help)) el \_\_\_\_\_.
- Cuento con Medicare y Medicaid (o recibo ayuda del estado para pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no me la han modificado.
- Estoy por mudarme a un centro de atención a largo plazo, resido actualmente en dicho centro o acabo de salir de uno (por ejemplo, un centro de convalecencia). Me mudé o me mudaré al centro, o salí de este, el \_\_\_\_\_.
- Me inscribiré en un programa PACE el \_\_\_\_\_.
- Me inscribiré en la cobertura de grupo de mi empleador o sindicato el \_\_\_\_\_. Solicito la cancelación de la inscripción con fecha del \_\_\_\_\_ y entiendo que esta está sujeta a la aprobación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).
- Me inscribí en un plan Medicare (o de mi estado) y quiero elegir otro plan. Mi inscripción en aquel plan inició o iniciará el \_\_\_\_\_.

**Si ninguna de estas declaraciones corresponde a su caso o si no está seguro, comuníquese con Wellcare By Allwell al número de teléfono que figura al final de este formulario para comprobar si es elegible para la cancelación. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.**

Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, se utiliza un sistema de mensajería. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

**SELECCIONE EL MOTIVO POR EL CUAL CANCELA SU INSCRIPCIÓN.**

- El PCP no pertenece a la red.
- El especialista no pertenece a la red.
- Los copagos son demasiado altos.
- No puedo obtener acceso a un servicio.
- La prima es demasiado alta.
- No sabía que estaba inscrito en este plan.

Otros: \_\_\_\_\_

**Puede enviar el formulario completo por correo electrónico o a la siguiente dirección:**

MedicareDisenrollments@centene.com

Wellcare By Allwell

P.O. BOX 10420

Van Nuys, CA 91410

Fax: **1-844-222-3180**



## Multi-Language Insert

### Multi-Language Interpreter Services

**Spanish:** Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos a los números del plan que figuran en las siguientes páginas. Alguien que hable español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们有免费的口译服务来回答您就我们的健康或药物计划提出的任何问题。如需口译员，只需拨打以下页面上的计划号码致电联系我们。会说中文普通话的人员可以协助您。此为免费服务。

**Chinese Cantonese:** 我們有免費的口譯服務來回答您就我們的健康或藥物計劃提出的任何問題。如需口譯員，只需撥打以下頁面上的計劃號碼致電聯絡我們。會說粵語的人員可以協助您。此為免費服務。

**Tagalog:** Meron kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin anumang tanong na meron ka tungkol sa aming plano ng kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa mga numero ng plano na nasa sumusunod na mga pahina. Matutulongan ka ng sinumang nagsasalita ng Tagalog. Libreng serbisyo ito.

**French:** Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser au sujet de notre régime de soins médicaux ou de notre régime d'assurance-médicaments. Pour bénéficier des services d'un interprète, il suffit de nous appeler aux numéros de régime indiqués dans les pages suivantes. Quelqu'un qui parle français peut vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi cung cấp dịch vụ phiên dịch viên miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào quý vị có về chương trình y tế hoặc thuốc của chúng tôi. Để nhận được dịch vụ phiên dịch, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số điện thoại của chương trình trong các trang sau. Người nào đó nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetscherdienst, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Um einen Dolmetscher zu finden, rufen Sie uns einfach unter den auf den folgenden Seiten angegebenen Plan-Nummern an. Jemand, der Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dieser Service ist für Sie kostenlos.

**Korean:** 저희의 건강 또는 약품 플랜에 대한 질문에 답해 드릴 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역사에게 연결하려면 다음 페이지에 있는 플랜 번호로 전화하시기 바랍니다. 한국어를 하는 분이 도와드릴 수 있습니다. 이 통화는 무료 서비스입니다.

**Russian:** Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода, чтобы ответить на любые вопросы, которые могут возникнуть у вас о нашем плане медицинского страхования или страхового покрытия лекарственных препаратов. Чтобы получить устного переводчика, просто позвоните нам по номерам планов, указанным на следующих страницах. Вам поможет тот, кто говорит по-русски. Эта услуга предоставляется бесплатно.

**Arabic:** نوفر خدمات مترجم فوري للإجابة عن أي أسئلة قد تكون لديك حول خطتنا الصحية أو الدوائية. للاستعانة بمترجم، ما عليك سوى الاتصال بنا على أرقام الخطة في الصفحات التالية. شخص يتحدث العربية يمكنه مساعدتك. هذه الخدمة تقدم مجانًا.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके होने वाले किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं उपलब्ध हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, हमें निम्नलिखित पृष्ठों पर दिए गए प्लान नंबरों पर कॉल करें। कोई हिंदी भाषी व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

**Italian:** Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per rispondere ad eventuali domande in merito al nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, chiami i recapiti del piano disponibili nelle pagine successive. Qualcuno che parla italiano Le sarà d'aiuto. Si tratta di un servizio gratuito.

**Portugués:** Temos serviços de intérprete gratuitos para responder quaisquer perguntas que você possa ter sobre nossos planos de saúde ou de medicamentos. Para solicitar um intérprete, ligue para nós através dos números do plano nas páginas a seguir. Um funcionário que fala português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ka genyen konsènan plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan nimewo plan yo ki sou paj annapre yo. Yon moun ki pale Kreyòl Franse kapab ede ou. Se yon sèvis gratis li ye.

**Polish:** Oferujemy bezpłatne usługi tłumaczeniowe w przypadku pytań dotyczących naszego planu zdrowotnego i lekowego. Aby skorzystać z tłumacza, prosimy zadzwonić do nas pod numery podane na kolejnych stronach. Pomocą posłużą osoby mówiące po polsku. Usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の医療プランまたは処方薬プランについての質問にお答えする無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳サービスをご利用になるには、以降のページにおけるプランの番号までお電話ください。日本語を話すスタッフが対応いたします。これは無料のサービスです。

**Hawaiian:** Aia iā mākou he mau lawelawe māhele 'ōlelo manuahi e pane i nā 'ano nīnau āu no ka mākou papahana mālama olakino a ho'olako lā'au. No ka 'imi i mea māhele 'ōlelo, e kelepona wale mai iā mākou ma nā helu kelepona e waiho nei ma kēia mau 'ao'ao e koe nei. Na kekahi māhele 'ōlelo Hawai'i e kōkua iā 'oe. He lawelawe manuahi kēia.

**Ilocano:** Addaankami kadagiti libre a serbisio ti panagipatarus tapno masungbatan dagiti aniaman a saludsodmo maipapan iti salun-at wenno plano iti agas. Tapno makaala iti tagaipatarus, tawagannakami laeng kadagiti numero ti plano kadagiti sumaganad a panid. Matulongannaka ti maysa a tao nga agsasao iti Ilocano. Daytoy ket libre a serbisio.

**Samoan:** E iai a matou auaunaga fa'aliliu upu fua e tali ai so'o se fesili e te ono iai e uiga i la matou fuafuaga fa'alesoifua maloloina po'o vaila'au. Mo le mauaina o se fa'aliliu upu, na'o le vala'au mai i numeraga o fuafuaga o lo'o i itulau nei. E mafai e se tasi e tautala i le gagana Samoa ona fesoasoani ia te oe. Ose auaunaga e leai se totogi.

# Estamos a Solo una Llamada de Distancia

---

## ARKANSAS

+ HMO, HMO D-SNP

☎ 1-855-565-9518

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellAR](http://www.wellcare.com/allwellAR)

## ARIZONA

+ HMO, HMO C-SNP , HMO D-SNP

☎ 1-800-977-7522

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellAZ](http://www.wellcare.com/allwellAZ)

## CALIFORNIA

+ HMO, HMO C-SNP, PPO

☎ 1-800-275-4737

+ HMO D-SNP

☎ 1-800-431-9007

📄 O visite [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)

## FLORIDA

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8022

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellFL](http://www.wellcare.com/allwellFL)

## GEORGIA

+ HMO

☎ 1-844-890-2326

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-725-7748

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellGA](http://www.wellcare.com/allwellGA)

## INDIANA

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1541

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-202-4704

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellIN](http://www.wellcare.com/allwellIN)

## KANSAS

+ HMO, PPO

☎ 1-855-565-9519

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-402-6707

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellKS](http://www.wellcare.com/allwellKS)

## LOUISIANA

+ HMO

☎ 1-855-766-1572

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-541-0767

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellLA](http://www.wellcare.com/allwellLA)

## MISSOURI

+ HMO

☎ 1-855-766-1452

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-298-3361

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellMO](http://www.wellcare.com/allwellMO)

## MISSISSIPPI

+ HMO  
☎ 1-844-786-7711

+ HMO D-SNP  
☎ 1-833-260-4124

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellMS](http://www.wellcare.com/allwellMS)

## NEBRASKA

+ HMO, PPO  
☎ 1-833-542-0693

+ HMO D-SNP, PPO D-SNP  
☎ 1-833-853-0864

📄 O visite [www.wellcare.com/NE](http://www.wellcare.com/NE)

## NEVADA

+ HMO, HMO C-SNP, PPO  
☎ 1-833-854-4766

+ HMO D-SNP  
☎ 1-833-717-0806

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellNV](http://www.wellcare.com/allwellNV)

## NEW MEXICO

+ HMO, PPO  
☎ 1-833-543-0246

+ HMO D-SNP  
☎ 1-844-810-7965

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellNM](http://www.wellcare.com/allwellNM)

## NEW YORK

+ HMO, HMO-POS, HMO D-SNP  
☎ 1-800-247-1447

📄 O visite [www.wellcare.com/fidelisNY](http://www.wellcare.com/fidelisNY)

## OHIO

+ HMO, PPO  
☎ 1-855-766-1851

+ HMO D-SNP  
☎ 1-866-389-7690

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellOH](http://www.wellcare.com/allwellOH)

## OKLAHOMA

+ HMO, PPO  
☎ 1-833-853-0865

+ HMO D-SNP  
☎ 1-833-853-0866

📄 O visite [www.wellcare.com/OK](http://www.wellcare.com/OK)

## OREGON

+ HMO, PPO  
☎ 1-888-445-8913

📄 O visite [www.wellcare.com/healthnetOR](http://www.wellcare.com/healthnetOR)

+ HMO D-SNP  
☎ 1-844-867-1156

📄 O visite [www.wellcare.com/trilliumOR](http://www.wellcare.com/trilliumOR)

## PENNSYLVANIA

+ HMO, PPO  
☎ 1-855-766-1456

+ HMO D-SNP  
☎ 1-866-330-9368

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellPA](http://www.wellcare.com/allwellPA)

## SOUTH CAROLINA

+ HMO, HMO D-SNP  
☎ 1-855-766-1497

📄 O visite [www.wellcare.com/allwellSC](http://www.wellcare.com/allwellSC)

## **TEXAS**

**+ HMO**

**☎ 1-844-796-6811**

**+ HMO D-SNP**

**☎ 1-877-935-8023**

**🖥 O visite [www.wellcare.com/allwellTX](http://www.wellcare.com/allwellTX)**

## **WISCONSIN**

**+ HMO D-SNP**

**☎ 1-877-935-8024**

**🖥 O visite [www.wellcare.com/allwellWI](http://www.wellcare.com/allwellWI)**

## **WASHINGTON**

**+ PPO**

**☎ 1-888-445-8913**

**🖥 O visite [www.wellcare.com/healthnetOR](http://www.wellcare.com/healthnetOR)**

**TTY PARA TODOS LOS ESTADOS: 711**

## **HORARIO DE ATENCIÓN**

**📅 Del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m.**

**📅 Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.**