

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA MEDICARE PARTE B (SEGURO MÉDICO)

### ¿QUIÉN PUEDE USAR ESTA SOLICITUD?

Las personas que tienen la Parte A de Medicare, pero no la Parte B

**NOTA:** Si no tiene la Parte A, no complete este formulario. Comuníquese con el Seguro Social si usted desea aplicar para Medicare por primera vez.

### ¿CUÁNDO SE UTILIZA ESTA SOLICITUD?

Utilice este formulario:

- Si usted está en su período de inscripción inicial (IEP) y vive en Puerto Rico. Debe inscribirse en la Parte B usando este formulario.
- Si usted está en su IEP y rechazó la Parte B o no se inscribió al solicitar Medicare, pero ahora quiere la Parte B.
- Si desea inscribirse en la Parte B durante el Período de Inscripción General (GEP) del 1 enero al 31 marzo de cada año.
- Si ha negado la Parte B durante su IEP porque tenía una cobertura con un plan de salud grupal (GHP) a través de su empleador actual o de su cónyuge. Usted puede inscribirse durante su Período de Inscripción Especial de 8 meses (SEP).
- Si usted tiene Medicare debido a una discapacidad y rechazó la Parte B durante su IEP porque tenía cobertura del plan de salud grupal a través del empleo actual suyo, de su cónyuge o un familiar. Puede inscribirse durante su período SEP de 8 meses.

**NOTA:** Su IEP tiene una duración de 7 meses. Comienza 3 meses antes de que cumpla 65 años (o 25 meses de discapacidad) y termina 3 meses después de cumplir los 65 (o 3 meses después del mes número 25 de discapacidad).

### ¿QUÉ INFORMACIÓN NECESITA PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD?

Usted necesitará:

- Su Número de Reclamación del Seguro Social
- Su dirección actual y número de teléfono
- Formulario CMS-L564 "Solicitud de Información sobre el Empleo" completado por su empleador si está solicitándolo dentro del SEP.

### ¿QUÉ PASA DESPUÉS?

Envíe su solicitud completada y firmada a la oficina local del Seguro Social. Si usted se inscribe durante su SEP, incluya el CMS-L564 con la solicitud de la Parte B. Si tiene alguna pregunta, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

### ¿CÓMO PUEDE OBTENER AYUDA CON ESTA SOLICITUD?

- **Teléfono:** Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- **En español:** Llame a SSA gratis al 1-800-772-1213 y oprima el 2 si desea el servicio en español y espere a que le atienda un agente.
- **En persona:** Su oficina local del Seguro Social. Para localizar una oficina cerca de usted verifique en [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov).

### RECORDATORIOS

- Si se inscribe en la Parte B, usted debe pagar las primas por cada mes que usted tiene la cobertura.
- Si se inscribe después de su IEP, puede que tenga que pagar una multa por inscripción tardía (LEP) del 10% por cada período de 12 meses que no tiene la Parte B pero era elegible para inscribirse.

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA MEDICARE PARTE B (SEGURO MÉDICO)

1. No. de Reclamación del Seguro Social	Código de Identificación de Beneficiario (BIC)
<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="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

2. ¿Desea inscribirse en la Parte B de Medicare(Seguro Médico)?  Sí

3. Su nombre Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)

4. Dirección Postal (Número y Calle, Caja Postal, o Ruta)

5. Ciudad	Estado	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

6. Número de teléfono (incluyendo el código de área)

(  )  -

7. Firma escrita a mano (NO IMPRIMIR)	8. Fecha de la firma
<b>FIRMAR AQUÍ</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**SI ESTA SOLICITUD SE HA FIRMADO CON LA MARCA (X), UN TESTIGO QUE CONOZCA AL SOLICITANTE DEBERÁ PRESENTAR LA INFORMACIÓN SOLICITADA ABAJO.**

9. Firma del Testigo	10. Fecha de la firma
<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"/>

11. Dirección del Testigo

12. Observaciones

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta solicitud de información es 0938-1230. El tiempo necesario para completar esta información se estima en un promedio de 15 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de la estimación del tiempo (s) o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard Baltimore, Maryland 21244-1850.

## MENSAJE ESPECIAL PARA PERSONAS SOLICITANDO LA PARTE B

Este formulario es su solicitud para la Parte B de Medicare (Seguro Médico). Usted puede usar este formulario para inscribirse en la Parte B:

- Durante el período de inscripción inicial (IEP) cuando por primera vez es elegible para Medicare
- Durante el período de inscripción general (GEP) a partir del 1 de enero al 31 de marzo de cada año
- Si usted es elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP), al igual que si usted está cubierto por un plan de salud grupal (GHP), basado en el empleo actual.

### Período de Inscripción Inicial

El IEP es la primera oportunidad que tiene para inscribirse en la Parte B. Su duración es de 7 meses. Comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después de cumplir 65 años. Si usted tiene Medicare debido a una discapacidad, el IEP comienza 3 meses antes del mes 25 de recibir los beneficios de Seguro Social y termina 3 meses después del mes número 25 de obtener beneficios por discapacidad del Seguro Social. Para tener la cobertura de la Parte B y que comience el mes en que cumple 65 años (o el mes número 25 de beneficios de seguro de discapacidad) debe inscribirse en los primeros 3 meses de su IEP. Si usted se inscribe en cualquiera de los 4 meses restantes, la cobertura de la Parte B comenzará más tarde.

### Período de Inscripción General

inscribirse durante el GEP. El GEP se extiende del 1 de enero al 31 de marzo de cada año. Si usted se inscribe en un GEP, la cobertura de la Parte B comienza el 1 de julio de ese año. Es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe durante el GEP. El costo de su prima de la Parte B va a subir un 10% por cada período de 12 meses que podría haber tenido la Parte B pero no se inscribió. Es posible que tenga que pagar esta multa por inscripción tardía, siempre y cuando usted tenga cobertura de la Parte B.

### Período de Inscripción Especial

Si no se inscribe en la Parte B durante su IEP, puede registrarse sin una multa por inscripción tardía durante un Período de Inscripción Especial (SEP). Si usted piensa que puede ser elegible para un SEP, por favor comunicarse con el Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Puede utilizar un SEP cuando su IEP ha terminado. Los SEP más comunes aplican a las personas trabajando siendo de edad, los discapacitados y voluntarios internacionales.

### Trabajando siendo de Edad/Discapacitado

Tiene un SEP si usted está cubierto por un plan de salud grupal (GHP), basado en el empleo actual. Para utilizar este SEP, usted debe:

- Ser mayor de 65 años de edad y actualmente empleado
- Ser el cónyuge de una persona con empleo, y cubierto por el GHP del empleador de su cónyuge sobre la base del empleo actual de él o ella.
- Ser menor de 65 años y discapacitado, y cubierto por un plan de salud grupal grande (LGHP) en base a su empleo actual o el de su cónyuge, o al empleo actual de cualquier miembro de la familia

Usted puede inscribirse en la Parte B en cualquier momento mientras tenga una cobertura GHP basada en el empleo actual o durante los 8 meses después de que la cobertura termina o el empleo termina, lo que ocurra primero. Si se inscribe mientras que tiene la cobertura GHP por su empleo actual, o, durante el primer mes completo que ya no tiene esta cobertura, la cobertura de la Parte B comenzará el primer día del mes en que se inscribe. También puede elegir que su cobertura comience en alguno de los siguientes 3 meses. Si usted se inscribe en cualquiera de los 7 meses restantes del SEP, la cobertura de la Parte B comenzará el mes después de su inscripción.

**NOTA:** La cobertura COBRA o un plan de salud de los jubilados no se considera un plan con cobertura de salud grupal en base al empleador actual.

### Voluntarios Internacionales

Usted tiene un SEP si estuviera de voluntario fuera de los Estados Unidos por lo menos 12 meses para una organización exenta de impuestos y tuvo seguro de salud (a través de la organización), que proporcionó la cobertura por la duración del servicio voluntario.

**Ley de Privacidad:** La Administración del Seguro Social (SSA) está autorizada para recopilar la información bajo las secciones 1836, 1840 y 1872 de la Ley de Seguridad Social, en su forma enmendada (42 USC 1395o, 1395s, y 1395ii). Esta información es necesaria para la SSA y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para determinar si usted tiene derecho a Seguro Médico Suplementario (Parte B). Completar este formulario es voluntario, pero podrá estar inscrito en la Parte B, si no proporciona toda la información necesaria. La información que usted proporcione puede ser compartida para "usos de rutina", publicados en el *Registro Federal*. Debido a que hay demasiados para enumerarlos aquí, SSA le puede dar más información acerca de esto si lo pide. La información que usted proporcione en este formulario puede ser verificada por medio de concordancia por computadora (Pub. Law 100-503).

## INSTRUCCIONES PASO A PASO PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD

- 1. Su Número de Reclamación del Seguro Social:**  
Escriba su número de reclamo de la seguridad social en cada una de los cuadros. Tiene que incluir las letras después del número de reclamo. Las letras son el código de identificación de beneficiario (BIC).
- 2. ¿Desea inscribirse en la Parte B de Medicare (Seguro Médico)?**  
Marque "Sí" en este campo si desea inscribirse en la Parte B de Medicare que le proporciona seguro médico de Medicare. Sólo puede inscribirse usando este formulario si usted ya tiene Medicare Parte A (Seguro de Hospital). Si su respuesta a esta pregunta es "no," entonces usted no tiene que llenar esta solicitud. Esta solicitud es para inscribirse para obtener un seguro médico de Medicare.  
  
Si usted no tiene la Parte A y desea inscribirse, por favor comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778.
- 3. Nombre:**  
Escriba su nombre como lo hizo cuando solicitó la Seguridad Social o Medicare. Indique su apellido, primer nombre y segundo nombre, en este orden. Si usted no tiene un segundo nombre, déjelo en blanco.
- 4. Dirección postal:**  
Escriba su dirección postal completa, incluyendo el número y nombre de la calle, Caja Postal, o la ruta en este campo.
- 5. Ciudad, estado y código postal:**  
Escriba el nombre de la ciudad, estado y código postal para la dirección de correo.
- 6. Número de teléfono:**  
Escriba su número de teléfono de 10 dígitos, incluyendo el código de área.
- 7. Firma escrita:**  
Firme su nombre en esta sección de la misma manera que usted firma cualquier otro documento oficial. No imprima. Si usted es incapaz de firmar, puede marcar una "X" en este campo. En este caso, se necesita un testigo y el testigo debe completar las preguntas 11, 12 y 13.
- 8. Fecha de la firma:**  
Escriba la fecha en que firmó la solicitud.
- 9. Firma del testigo:**  
En el caso de que la pregunta 9 se haya firmado con una "X" en lugar de una firma manuscrita, se necesita una firma de un testigo en la pregunta 11 que demuestre que la persona que firma la solicitud es la persona representada en la solicitud.
- 10. Fecha de la firma:**  
Si un testigo firma la solicitud, el testigo debe proporcionar la fecha de la firma.
- 11. Dirección del testigo:**  
Si un testigo firma esta solicitud, indique la dirección del testigo.
- 12. Observaciones:**  
Proporcione cualquier observación o comentario en el formulario para aclarar la información sobre su solicitud de inscripción.

### INFORMACIÓN IMPORTANTE:

Revise el escenario siguiente para determinar si es necesario incluir información o formularios adicionales con su solicitud.

Si está registrándose para la Parte B utilizando un Período de Inscripción Especial (SEP), ya que estaba cubierto por un plan de salud grupal del empleador actual, además de esta solicitud, su empleador también tendrá que llenar y devolver el formulario "Solicitud de Información sobre el Empleo" (**CMS-L564/CMS-R-297**) con su solicitud. El propósito de este formulario es proporcionar documentación a la Seguridad Social que demuestre que usted ha estado continuamente cubierto por un plan de salud grupal del empleador actual, con no más de 8 meses consecutivos de no tener cobertura. Si su empleador quebró en el negocio o se niega a completar el formulario, por favor comuníquese con el Seguro Social sobre cualquier otra información que pueda proporcionar para procesar su solicitud de inscripción en el SEP.

Envíe la solicitud (y la "Solicitud de información sobre el empleo," en su caso) a su oficina local del Seguro Social. Encuentre su oficina local en [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov).