

Anexo 1: MODELO DE FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C) O EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE (PARTE D)

¿Quiénes pueden utilizar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un Plan Medicare Advantage o en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

Para inscribirse en un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o encontrarse legalmente en el país.
- Vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener:

- Parte A de Medicare (seguro de hospital)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

Importante: Para inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, también debe tener uno de los dos, o ambos:

- Parte A de Medicare (seguro de hospital)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo utilizar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que comienza el 1 de enero).
- Dentro de los 3 meses siguientes a la fecha en que empezó a recibir Medicare.
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan.

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué información necesita para llenar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).
- Su dirección permanente y número de teléfono.

Nota: Debe llenar todos los campos de la sección 1. Los campos de la sección 2 son opcionales; no se le puede denegar la cobertura por no llenarlos.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario cumplimentado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que le deduzcan el pago de la prima de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Trabajadores Ferroviarios).

¿Cuál es el siguiente paso?

Envíe el formulario completado y firmado a:

<Plan Name>
<Plan address>
<Plan address>
<Plan address>

Una vez que tramiten su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtener ayuda con este formulario?

Llame a <Plan Name> al <phone number>. Los usuarios de TTY pueden llamar al <phone number>.

O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a <Plan Name> al <phone number/TTY> o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

- Si desea inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un albergue o clínica, o la dirección donde recibe correspondencia (por ejemplo, los cheques del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona estará obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo necesario para completar esta información es de aproximadamente 20 minutos en promedio por respuesta, incluido 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 precisión de los tiempos estimados 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.

¡IMPORTANTE!

No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, historiales médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Todo elemento que se reciba que no sea sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni reenviará al plan. Consulte la sección "¿Cuál es el siguiente paso?" en esta página para enviar su formulario cumplimentado al plan.

Sección 1. Todos los campos de esta página son obligatorios (salvo que estén marcados como opcionales)			
Seleccione el plan al que desea inscribirse:			
<input type="checkbox"/> Producto ABC – \$XX por mes		<input type="checkbox"/> Producto XYZ – \$XX por mes	
NOMBRE:		APELLIDO: [Optional: Inicial del segundo nombre]:	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (/ /)		Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de teléfono: ()
Dirección de residencia permanente (no indique un apartado postal. Nota: En el caso de las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):			
Ciudad:		[Optional: Condado]:	Estado:
Código Postal:			
Dirección postal, si es diferente de la dirección permanente (se permite apartado postal):			
Dirección:		Ciudad:	Estado:
Código Postal:			
Su información de Medicare:			
Número de Medicare: - - - - - - - - - -			
Responda estas preguntas importantes:			
<i>[MA-PD / PDPs insert:</i>			
¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de <Plan>? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre de la otra cobertura:		Número de miembro en esta cobertura:	Número de grupo de esta cobertura:
_____]			
<i>[Special Needs Plans] insert question(s) regarding the required special needs criteria]</i>			
IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:			
<ul style="list-style-type: none"> • <i>[MA plans insert:</i> Debo mantener tanto la cobertura de hospital (Parte A) como la médica (Parte B) para permanecer en <Plan Name>.] • <i>[Part D plans insert:</i> Debo mantener la cobertura de hospital (Parte A) o la médica (Parte B) para permanecer en <Plan Name>.] • Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage [o Plan de Medicamentos Recetados de Medicare], reconozco que <Plan Name> compartirá mi información con Medicare, que podrá utilizarla para dar seguimiento a mi inscripción, para efectuar pagos y para otros fines permitidos por la legislación federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. No obstante, la falta de respuesta puede afectar su inscripción en el plan. • Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA o Parte D a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA o Parte D (aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA). • <i>[MA plans insert:</i> Entiendo que cuando comience mi cobertura de <Plan Name>, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de <Plan Name>. Los beneficios y servicios proporcionados por <Plan Name> y contenidos en mi documento "Evidencia de cobertura" de <Plan Name> (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni <Plan Name> pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos]. • La información contenida en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si intencionadamente proporciono información falsa en este formulario, me darán de baja del plan. • Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta. Si está firmada por un representante autorizado (según lo descrito anteriormente), esta firma certifica que: <ul style="list-style-type: none"> 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. 			
Firma:		Fecha de hoy:	
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y llene estos campos:			
Nombre:		Dirección:	
Número de teléfono:		Parentesco con el afiliado:	

Sección 2. Todos los campos de esta sección son opcionales.

Usted decide si desea responder estas preguntas. No se le puede denegar la cobertura por no responderlos.

¿Es usted hispano, latino o de origen español? Seleccione todo lo que corresponda.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano/a |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Sí, cubano |
| <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español | |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar. | |

¿De qué raza es usted? Seleccione todo lo que corresponda.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| Asiático: | Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico: |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Guamanés o chamorro |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar. |
| <input type="checkbox"/> Otro origen asiático | |

¿Cuál es su género? Seleccione uno.

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Uso un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar |
| <input type="checkbox"/> No binario/a | |

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo piensa de si mismo? Seleccione uno.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay | <input type="checkbox"/> Uso un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Heterosexual, es decir, no gay ni lesbiana. | <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a |
| <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar |

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma distinto del inglés.

Plans insert the languages required in your service area.

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

- Braille Letra grande CD de audio CD de datos

Póngase en contacto con <plan name> en el <phone number> si necesita información en un formato accesible distinto de los indicados anteriormente. Nuestro horario de oficina es: <insert days and hours of operation>. Los usuarios de TTY pueden llamar al <TTY number>.

¿Trabaja usted? Sí No

¿Trabaja su cónyuge? Sí No

Indique su médico de cabecera (PCP), clínica o centro de salud:

Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o más.

[Plans may list those types or categories of materials that are available for electronic delivery]

Dirección de correo electrónico:

Pago de las primas de su plan

[Plans with premiums insert: Puede pagar la prima mensual del plan [MA-PD plans with premiums insert: (incluidas las multas por inscripción tardía que tenga actualmente o que adeude)] por correo <insert optional methods: “transferencia electrónica de fondos (TEF)”, “tarjeta de crédito”> cada mes <insert optional intervals, if applicable, for example “o trimestralmente”>. También puede optar por pagar la prima descontándola automáticamente cada mes de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Trabajadores Ferroviarios (RRB)].

[MA-PD and PDPs with premiums insert: Si tiene que pagar una cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos por la Parte D (Parte D-IRMAA), deberá pagar esta cantidad extra además de la prima de su plan. NO pague la Parte D-IRMAA de [insert appropriate plan and/or organization name].

Sólo para individuos que ayudan al afiliado a completar este formulario

Complete esta sección si es un individuo (es decir, agentes, corredores, asesores de SHIP, familiares u otros terceros) que ayuda a un afiliado a completar este formulario.

Nombre: _____ Relación con el afiliado: _____
Firma: _____ Número de Productor Nacional (Sólo Agentes/Corredores): _____

[espacio opcional para otra información administrativa necesaria según el plan]

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para dar seguimiento a la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Los artículos 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, revelar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare tal y como se especifica en la Notificación del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Número de Sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. No obstante, la falta de respuesta puede afectar su inscripción en el plan.