

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL MODELO PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare que quieran inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, debe cumplir con lo siguiente:

- Ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los EE. UU
- Vivir en el área de servicio del plan

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

- La Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- La Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede inscribirse en un plan en los siguientes momentos:

- Del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que comienza el 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber estado recibiendo Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse en un plan o cambiar de plan

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que figura en la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección y número de teléfono permanentes

Nota: Debe completar todos los puntos en la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede denegar la cobertura si no los completa.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de jubilación para ferroviarios).

¿Qué sucede a continuación?

Envíe su formulario completo y firmado a la siguiente dirección:

El Paso Health Medicare Advantage
1145 Westmoreland Dr.
El Paso, TX 79925
O por fax al: 915-225-6749

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

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a El Paso Health Medicare Advantage al 1-833-742-3125/Usuarios de TTY 711 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, una casilla de correo, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, cheques del seguro social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es de 20 minutos por respuesta en promedio, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recabar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de la información. Si tiene algún comentario con respecto a la precisión de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escribanos a la siguiente dirección: 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, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Cualquier elemento que recibamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o su tiempo de recopilación (que se describe en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte “¿Qué sucede a continuación?” en esta página para enviar su formulario completo al plan.

**Sección 1: Todos los campos en esta página son obligatorios
(a menos que se marquen como opcionales)**

Seleccione el plan en el que desea inscribirse:

☐ El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) – \$0.00 por mes

Nombre de PILA: _____ APELLIDO: _____ Opcional: Inicial del 2.º nombre: _____

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (/ /)	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Número de teléfono: () () ()
--	---	--

Dirección de residencia permanente (no ingresar casillas de correo): _____

Ciudad: _____	[Opcional: condado]: _____	Estado: _____	Código postal: _____
---------------	----------------------------	---------------	----------------------

Dirección postal, si es distinta de la dirección permanente (se permiten casillas de correo): _____

Dirección: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
------------------	---------------	---------------	----------------------

Su información de Medicare:

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta (como beneficios para veteranos, TRICARE) además de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP)? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura: Número de miembro para esta cobertura: Número de grupo para esta cobertura

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

Si respondió “Sí”, indique su número de Medicaid. _____

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para seguir inscrito en El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP).
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que El Paso Health Medicare Advantage compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley 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. Sin embargo, no responderlo podría afectar la inscripción en el plan.
- A mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si proporciono información falsa en este formulario de manera intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Comprendo que las personas que tienen Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, salvo por la cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- Comprendo que, cuando comience la cobertura de El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP), deberé obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de El Paso Health Medicare Advantage. Los beneficios y servicios proporcionados por El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) e incluidos en el documento “Evidencia de cobertura” de El Paso Health Medicare Advantage (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP) pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud implica que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si un representante autorizado (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica lo siguiente:
 - 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para realizar esta inscripción; y
 - 2) La documentación de esta autoridad estará disponible en caso de que Medicare la requiera.

Firma: _____	Fecha de hoy: _____
---------------------	----------------------------

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:	
Nombre:	Dirección:
Número de teléfono:	Relación con la persona inscrita:
Sección 2: Todos los campos en esta página son opcionales	
Responder estas preguntas es su elección. No se le puede denegar la cobertura si no las completa.	
¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todo lo que corresponda. ☐ No, no de origen hispano, latino o español ☐ Sí, puertorriqueño ☐ Sí, otro origen hispano, latino o español. ☐ Elijo no responder. ☐ Sí, mexicano, mexicano americano, chicano ☐ ☐ Sí, cubano	
¿Cuál es su raza? Seleccione todo lo que corresponda. ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Afroamericano ☐ Japonés ☐ Otro asiático ☐ Vietnamita ☐ Elijo no responder. ☐ Indio asiático ☐ Filipino ☐ Coreano ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ Negro o chino ☐ Guameño o chamorro. ☐ Nativo de Hawái ☐ Samoano	
Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma que no sea español. ☐ Inglés	
Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible. ☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ Datos CD	
Comuníquese con El Paso Health Medicare Advantage al 1-833-742-3125 si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado anteriormente. Nuestro horario de oficina es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.	
¿Usted trabaja? ☐ Sí ☐ No ¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No	
Indique su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP), clínica o centro de salud:	
Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione una o más opciones. ☐ Evidencia de Cobertura ☐ Directorio de Farmacia ☐ Directorio de Proveedores ☐ Formulario ☐ Resumen de Beneficios Dirección de correo electrónico:	

Cómo pagar las primas del plan:	
☐ Obtener una factura	☐ Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación del Ferrocarril (RRB).
Recibo beneficios mensuales de:	
☐ Seguro Social	☐ RRB
La deducción del Seguro Social / RRB puede tardar dos o más meses en comenzar después del Seguro Social o RRB aprueba la deducción. En la mayoría de los casos, si el cheque de beneficios del Seguro Social o RRB incluirá todas las primas adecuadas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta el momento en que comienza la retención. Si el Seguro Social o RRB no lo hace aprobar solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel por sus primas mensuales.	
Para personas que ayudan al afiliado a completar este formulario solamente.	
Complete esta sección si usted es un individuo (es decir, agentes, corredores, consejeros de SHIP, miembros de la familia u otros terceros) ayudando a un afiliado a completar este formulario.	
Nombre: _____	Relación con el afiliado: _____
Firma: _____	Número Nacional de Productor: _____ (Solo agentes/corredores)
Solo uso de oficina:	
☐ IEP/ICEP ☐ AEP ☐ OEP ☐ SEP (type): _____ Effective Date: _____	

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y las Secciones §§ 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicamento con receta de Medicare Advantage (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.