

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C) O EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE (PARTE D)

¿Quién puede usar este formulario?

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

Para inscribirse en un plan, usted debe cumplir los siguientes requisitos:

- 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 debo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan en los siguientes momentos:

- 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 de haber recibido Medicare por primera vez.
- En determinadas 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 en su 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 en la Sección 2 son opcionales. No se le puede denegar la cobertura si no los completa.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. La OMB válida del número de control para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, busque recursos de datos existentes, recopile los datos necesarios y complete y revise la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de la(s) estimación(es) de tiempo(s) o sugerencias para mejorar este formulario, por favor 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 reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Liquidación de Informes de PRA. Cualquier artículo que recibamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recolección (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se mantendrá, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

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 Railroad Retirement Board, RRB).

¿Qué sucede a continuación?

Envíe su formulario completo y firmado a la siguiente dirección:

El Paso Health Medicare Advantage

P.O. Box 971100

El Paso, TX 79997-1100

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, lo contactarán.

¿Cómo puedo recibir ayuda con este formulario?

Llame a El Paso Health Medicare Advantage al 1-833-742-2121. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Personas sin hogar

Si desea unirse a un plan, pero no tiene residencia permanente, un apartado de correos, una dirección de refugio o clínica, o la dirección donde su correo de atención (por ejemplo, cheques del seguro social) puede considerar su residencia permanente

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

Elija el plan en el que quiere inscribirse:

☐ El Paso Health Total (HMO) - \$0

☐ El Paso Health Giveback (HMO) - \$0

NOMBRE de pila:

APELLIDO:

Opcional: Inicial del 2.º nombre:

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)

Sexo:

Número de teléfono:

(/ /)

☐ Masculino ☐ Femenino

()

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

Ciudad:

Opcional: Condado:

Estado:

Código postal:

Dirección postal, si es diferente 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? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura:

Número de miembro para esta cobertura:

Número de grupo para esta cobertura:

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.
- 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, 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 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 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 responde.

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 1-833-742-2121 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.

Dirección de correo electrónico:

☐ Evidencia de Cobertura

☐ Formulario

☐ Directorio de Farmacia

☐ Resumen de Beneficios

☐ Directorio de Proveedores

Cómo pagar las primas del plan:

Puede pagar la prima mensual del plan (incluidas las multas por inscripción tardía que tenga actualmente o que adeude) por correo cada mes. 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).

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 a El Paso Health Medicare Advantage.

Para personas que ayudan al afiliado a completar este formulario solamente

Complete esta sección si usted es una persona (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 Identificación del Agente/Corredor: _____

Solo uso de oficina:

☐ IEP ☐ 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.