

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL 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, 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 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.

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
O por fax al: 915-532-2286

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 1-833-742-3125.

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.

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.

**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 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: _____ 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 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 Dual. 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 Dual (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 responde.

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No, no de origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicoamericano, 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"/> Elijo no contestar. | |

¿Cuál es su raza? Seleccione todo lo que corresponda.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Guamaní o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo |
| <input type="checkbox"/> Otro Asiático | <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Blanco | |
| <input type="checkbox"/> Elijo no contestar. | | |

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

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.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Evidencia de Cobertura | <input type="checkbox"/> Formulario |
| <input type="checkbox"/> Directorio de Farmacia | <input type="checkbox"/> Resumen de Beneficios |
| <input type="checkbox"/> Directorio de Proveedores | |

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 adeudadas 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).

Entiendo que si estoy recibiendo asistencia de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada con El Paso Health Medicare Advantage Dual, se le puede pagar en función de mi inscripción en El Paso Health Medicare Advantage Dual (HMO D-SNP).

Solo uso de oficina:

IEP/ICEP AEP OEP SEP (type): _____

Nombre del Agente/Corredor (si se le asiste en la inscripción): _____

Numero de Identificación del Agente/Corredor: _____

Fecha efectiva de la cobertura: _____

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 y 1860D-1 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 usar, divulgar e intercambiar información de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registro (System of Records Notice, SORN), “Medicamento con receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)”, sistema no. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responderlo podría afectar la inscripción en el plan.

Certificación de admisibilidad para un periodo de inscripción

Por lo general, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage solo durante el periodo de inscripción anual, del 15 de octubre al 7 de diciembre de este año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este periodo.

Por favor lea con atención las siguientes declaraciones y marque las casillas si se aplican a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, al mejor de su conocimiento, es elegible para el periodo de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información no es correcta, podemos cancelar su suscripción.

- Es la primera vez que me inscribo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero cambiar durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage Open Enrollment Period (MA OEP).
- Acabo de mudarme fuera del área de servicio para mi plan actual, o me acabo de mudar y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (incluya la fecha) _____.
- Acabo de salir de la cárcel. Salí de la cárcel el (incluya la fecha) _____.
- Acabo de regresar a los Estados Unidos luego de vivir de forma permanente fuera del país. Volví a los EE. UU. el (incluya la fecha) _____.
- Acabo de obtener el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (incluya la fecha) _____.
- Acabo de realizar un cambio en mi Medicaid (acabo de inscribirme en Medicaid, realicé un cambio en mi nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de Medicaid) el (incluya la fecha) _____.
- Acabo de realizar un cambio en mi Ayuda adicional para pagar por cobertura de medicamentos con receta de Medicare (hace poco empecé a recibir Ayuda adicional, realicé un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el (incluya la fecha) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare), o recibo Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no realicé cambios.

- Me voy a mudar en, vivo en, o acabo de irme de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, una residencia de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me voy a mudar/me voy a ir del centro el (insertar fecha) _____.
- Abandoné un programa PACE hace poco, el (incluya la fecha) _____.
- Acabo de perder mi cobertura de medicamentos con receta acreditable de forma no voluntaria (una cobertura similar a la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (incluya la fecha) _____.
- Dejaré de recibir cobertura de mi empleador o el sindicato el (incluya la fecha) _____.
- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacias que brinda mi estado.
- Mi plan termina su contrato con Medicare, o Medicare termina su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o mi estado lo estaba) y quiero elegir otro plan. Mi inscripción en ese plan comenzó el (incluya la fecha) _____.
- Estaba inscrito en un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero perdí las cualificaciones de necesidades especiales que se requieren para estar en él. Mi inscripción en el SNP termino el (incluya la fecha) _____.
- Estaba afectado por una emergencia relacionada con el clima o una gran catástrofe, según la declaración de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA). Otra de las declaraciones se aplicaba a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones aplica a su caso, o si no está seguro(a), comuníquese con El Paso Health Medicare Advantage al 1-833-742-3125 (TTY 711) para determinar si reúne las condiciones para inscribirse. Estamos abiertos de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, o de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.