

# Modelo de formulario de solicitud de inscripción individual de Medicare Advantage ( "elección" may also be used)

Mencionado en estas secciones: 10, 40.1, 40.2, 50.1

(Rev. 1, emitida: 06-15-17; Entrada en vigencia/implementación: 04-01-18)

Póngase en contacto con <plan name> si necesita información en otro idioma o formato (braille).

## Para inscribirse en <plan>, proporcione la siguiente información:

[Required if form used for multiple plans: **Indique con una marca en qué plan quiere inscribirse:**

\_\_\_ Producto ABC \$XX por mes      \_\_\_ Producto XYZ \$XX por mes

APELLIDO:	PRIMER nombre:	Inicial del 2.º nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
-----------	----------------	-------------------------	---

Fecha de nacimiento: (__/__/____) (MM/DD/AAAA)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono particular: (    )	[Optional field: Número de teléfono alternativo: (    )]
--	--	--	--

Dirección de residencia permanente (no se admiten casillas de correo):

Ciudad:	[Optional field: Condado:]	Estado:	Código postal:
---------	----------------------------	---------	----------------

**Dirección postal** (solamente si es distinta de la dirección de residencia permanente):

Dirección:	Ciudad:	Estado:
Código postal:		

[Optional field: **Contacto para emergencias:** \_\_\_\_\_]

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_ **Relación con usted:** \_\_\_\_\_ ]

[Optional field: **Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_ ]

## Proporcione la información del seguro de Medicare

Tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare a mano para completar esta sección.

- Complete esta información tal como aparece en la tarjeta de Medicare.

O BIEN

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios.

Nombre (tal como aparece en la tarjeta de Medicare):

\_\_\_\_\_

Número de Medicare: \_\_\_\_\_

Tiene derecho a:      Fecha de entrada en vigencia:

COB. HOSPITALARIA (Parte A) \_\_\_\_\_

COB. MÉDICA (Parte B) \_\_\_\_\_

Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

[Zero premium MA-only plans may omit this section:

## **Cómo pagar la prima del plan**

[Zero premium MA-PD plans insert the following: **Si determinamos que debe pagar una multa por inscripción tardía (o si tiene actualmente una multa por inscripción tardía), necesitamos saber de qué manera prefiere pagarla. Puede pagar por correo, <insert optional methods: “transferencia electrónica de fondos (EFT)”, “tarjeta de crédito”> todos los meses <insert optional intervals, if applicable, for example “o trimestralmente”>. También puede pagar la prima todos los meses mediante descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB). Si a usted se le adjudica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. A usted se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o bien recibirá la factura directamente de Medicare o la RRB. NO pague el ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D a [insert appropriate plan and/or organization name].]**

[MA-only and MA-PD plans with premiums insert: **Puede pagar las primas mensuales de su plan [MA-PD plans with premiums insert: (incluidas todas las multas por inscripción tardía que tenga actualmente o que pueda adeudar)] por correo <insert optional methods: “transferencia electrónica de fondos (EFT)”, “tarjeta de crédito”> todos los meses <insert optional intervals, if applicable, for example “o trimestralmente”>. También puede pagar la prima todos los meses mediante descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).]**

[MA-PD plans with premiums insert: **Si a usted se le adjudica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. A usted se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o bien recibirá la factura directamente de Medicare o la RRB. NO pague el ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D a [insert appropriate plan and/or organization name].]**

Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si resulta elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de los medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no quedarán sujetas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos beneficios y no lo saben. Para obtener información sobre esta Ayuda adicional, póngase en contacto con la oficina local del Seguro Social o bien llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar Ayuda adicional en línea en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una parte de la prima, le enviaremos a usted la factura por el monto que Medicare no cubra.

Si no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses <optional language in place of “bill each month”: “libreta de cupones” or “libreta de pago”>.

**Elija una opción de pago de la prima:**

- Obtenga una factura <option: “libreta de cupones”, “libreta de pago”, etc>  
<option to include other billing intervals e.g. bi-monthly, quarterly>

[Optional - Include other payment methods, such as EFT & credit card, as follows:

- Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Número de enrutamiento del banco: \_\_\_\_\_

Número de cuenta del banco: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta:  De cheques  De ahorros

- Tarjeta de crédito. Proporcione la siguiente información:

Tipo de tarjeta: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la cuenta como aparece en la tarjeta: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (MM/AAAA)]

- Deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).

Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB

(La deducción del Seguro Social o de la RRB puede demorar hasta dos meses o más en comenzar luego de que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, el primer descuento del cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales).

**Lea y responda estas preguntas importantes:**

1. ¿Padece una enfermedad renal terminal (ESRD)?  Sí  No

Si usted recibió un trasplante de riñón con éxito o ya no necesita diálisis regulares, **adjunte una nota o los registros** del médico que indiquen que usted recibió un trasplante exitoso de riñón o que ya no necesita diálisis; de lo contrario, tal vez sea necesario que nos pongamos en contacto con usted para obtener información adicional.

[MA-PD plans insert:

2. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura para medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios de salud para empleados, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica.

- ¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta además de <MA plan>?  Sí  No

Si la respuesta es “Sí”, mencione la otra cobertura y su número de identificación para esa cobertura:

Nombre de la otra cobertura:    Núm. de identificación para esta cobertura:    Núm. de grupo para esta cobertura:

\_\_\_\_\_ ]

3. ¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia?  Sí  No  
 Si la respuesta es “Sí”, proporcione la siguiente información:  
 Nombre de la institución: \_\_\_\_\_  
 Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle): \_\_\_\_\_

4. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado?  Sí  No  
 Si la respuesta es “Sí”, proporcione el número de Medicaid: \_\_\_\_\_

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan?  Sí  No

[Special Needs Plans insert question(s) regarding the required special needs criteria (i.e. “Do you live in a long term care facility” or “Do you have diabetes?”)]

[Optional field: **Elija el nombre del médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:** ]

**Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea español o en otro formato:**  
 \_\_\_\_ <include list of available languages>  
 \_\_\_\_ <include list of other formats (like Braille, audio tape, or large print) >

Si necesita información en un formato o idioma distinto de los mencionados arriba, póngase en contacto con <plan name> al <phone number>. Atendemos de <insert days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>.

[Following box required only for MA-PD plans:



**Lea esta información importante**

**Si en la actualidad cuenta con la cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en <MA-PD Name> podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato. Si se inscribe en <MA-PD name> podría perder la cobertura de salud provista por su empleador o sindicato.** Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite el sitio web o comuníquese con la oficina que figura en las comunicaciones. Si no cuenta con ninguna información sobre con quién contactarse, puede ponerse en contacto con el administrador de beneficios o con la oficina encargada de responder preguntas sobre su cobertura, quienes podrán ayudarlo.]

**Lea y firme a continuación**

**Completando esta solicitud de inscripción, acepta lo siguiente:**

<Plan Name> es un plan Medicare Advantage y ha celebrado un contrato con el gobierno federal. Tendré que conservar la cobertura de las Partes A y B de Medicare. Solamente puedo tener un plan Medicare Advantage a la vez, y comprendo que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga o que pueda obtener en el futuro. [MA-only plans insert: Comprendo que si no tengo cobertura para medicamentos con receta de

Medicare o una cobertura para medicamentos con receta acreditable (tan buena como la de Medicare), tal vez deba pagar una multa por inscripción tardía si más adelante me inscribo en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare.] La inscripción en este plan es generalmente para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo cancelar mi inscripción en el plan o efectuar cambios solo en determinados momentos del año, en los períodos de inscripción disponibles (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o en determinadas circunstancias especiales.

<Plan name> brinda servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que <plan name> brinda servicios, debo avisar al plan para que pueda cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en la nueva área. Una vez que sea miembro de <plan name>, tendré derecho a apelar las decisiones que tome el plan respecto de pagos o servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré el [insert either Member Handbook or Evidence of Coverage document] de <plan name> cuando lo reciba para conocer las normas que debo respetar para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. 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 a partir de la fecha en que comienza la cobertura de <plan name> debo recibir toda la atención médica de parte de <plan name>, salvo por los servicios de emergencia o urgencia, o por los servicios de diálisis fuera del área. [PPOs use the following in place of the first sentence: “Comprendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de <plan name>, el uso de los servicios dentro de la red puede tener un costo menor que el uso de los servicios fuera de la red, salvo por los servicios de emergencia o urgencia, o por los servicios de diálisis fuera del área. De ser médicamente necesario, <plan> ofrece reembolsos por todos los beneficios cubiertos, incluso si se reciben fuera de la red.”] Los servicios autorizados por <plan name> y otros servicios incluidos en el documento de Evidencia de cobertura de <plan name> (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Si no se cuenta con autorización, **NI MEDICARE NI <PLAN NAME> PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Comprendo que si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por <plan name>, esta persona puede recibir un pago en función de mi inscripción en <plan name>.

**Divulgación de información:** Inscribiéndome en este plan de salud de Medicare, reconozco que <plan name> puede divulgar mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para cualquier tratamiento, pago o atención médica. También reconozco que <plan name> divulgará mi información [MA-PD plans insert:, incluidos los datos sobre acontecimientos relacionados con medicamentos con receta,] a Medicare, que puede divulgarla con fines de investigación o para otros fines que estén de acuerdo con todas las leyes y reglamentaciones federales aplicables. 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, en forma intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud implica que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si una persona autorizada (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica que 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 es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Relación con la persona inscrita:** \_\_\_\_\_

**Únicamente para uso oficial:**

Nombre del miembro del personal, agente o corredor (si brindó ayuda para la inscripción):  
\_\_\_\_\_

Núm. de identificación del plan: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_

ICEP/IEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ SEP (tipo): \_\_\_\_\_ No es elegible: \_\_\_\_\_

*[optional space for other administrative information needed by plan]*