

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

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieren inscribirse en un Plan Medicare Advantage o un Plan de medicamentos con receta de Medicare.

Para inscribirse en un plan, usted debe:

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

Importante: para inscribirse en un Plan Medicare Advantage Plan, también debe tener ambos:

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

¿Cuándo uso este formulario?

Se puede inscribir en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura comenzando el 1 de enero)
- En los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permite unirse 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 permanente y teléfono

Nota: debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura porque no los complete.

Recordatorios:

- Si quiere inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 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 optar por inscribirse para que se deduzcan los pagos de su prima de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios).

¿Qué pasa después?

Envíe su formulario completo y firmado a:
Memorial Hermann *Advantage*
P.O. Box 19909
Houston, TX 77224-1909

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

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Memorial Hermann *Advantage* al (855) 645-8448. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. 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 Memorial Hermann *Advantage* al (855) 645-8448/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

Si quiere inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, 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.

Según la Paperwork Reduction Act (Ley de reducción de trámites burocráticos) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-NEW. El tiempo necesario para completar esta información se calcula en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los cálculos de tiempo 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 artículo con su información personal (como reclamos, pagos, expediente médico, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Cualquier artículo que obtengamos que no se trate de cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en OMB 0938-1378) se destruirá. No se guardará, revisará ni se enviará al plan. Consulte “¿Qué pasa después?” en esta página para enviar su formulario completo al plan.

H7115_PDSLNgEnrllFrm24_M CMS Aceptado el 08/23/2023

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Normalmente, puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage o en un Plan de Medicare para medicamentos con receta solo durante el Período de inscripción anual (AEP), del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Además, hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un Plan de Medicare para medicamentos con receta fuera del período anual de inscripción.

Si se está inscribiendo fuera del Período anual de inscripción (AEP), lea cuidadosamente las siguientes declaraciones y marque la casilla, si la declaración se aplica a su caso. Marcando cualquiera de las siguientes casillas, está certificando que, hasta donde tiene conocimiento, es elegible para un Período de inscripción. Si después determinamos que esta información es incorrecta, es posible que le cancelen la inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage.
- Me mudé recientemente fuera del área de servicio para mi plan actual, o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (inserte fecha)_____.
- Salí recientemente de la cárcel. Salí el (inserte fecha)_____.
- Regresé recientemente a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de EE. UU. Regresé a EE. UU. el (inserte fecha)_____.
- Recientemente obtuve el estatus de permanencia legal en los Estados Unidos. Recibí este estatus el (inserte fecha)_____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recibí Medicaid por primera vez, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid el (inserte fecha)_____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda de más para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recibí la Ayuda de más por primera vez, tuve un cambio en el nivel de Ayuda de más o perdí la Ayuda de más) el (inserte fecha)_____.
- Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo la Ayuda de más para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me estoy mudando a, vivo en o recientemente me mudé fuera de un centro de atención de largo plazo (por ejemplo, un centro de atención residencial o centro de atención de largo plazo). Me mudé/me mudaré a/fuera de un centro el (inserte fecha)_____.

- Recientemente salí de un Programa PACE el (inserte fecha)_____.
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable para medicamentos con receta (prácticamente, como si fuera Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos el (inserte fecha)_____.
- Saldré de la cobertura del empleador o del sindicato el (inserte fecha)_____.
- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia que presta mi estado.
- Mi plan está finalizando su contrato con Medicare o Medicare está finalizando su contrato con mi plan.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan, y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (inserte fecha)_____.
- Me inscribí en un Plan de Necesidades Especiales (SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales que se exige para estar en ese plan. Me cancelaron la inscripción en el SNP el (inserte fecha)_____.
- Resulté afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre mayor (según lo declaró la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA)). Una de las otras declaraciones mencionadas aquí se aplicaba a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con Memorial Hermann *Advantage* al (855) 645-8448 para ver si es elegible para inscribirse. Abrimos entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Abrimos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

Seleccione el plan en el que se quiere inscribir:

- Advantage* HMO, \$0 al mes *Dual Advantage* HMO D-SNP, \$0 al mes
 Advantage Golden Triangle HMO, \$0 al mes Prime Value MA Only HMO, \$0 al mes

Primer nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre (opcional): _____

Fecha de nacimiento: MM/DD/AAAA / /	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Teléfono celular: ()	Número alternativo (si no tiene celular): ()
--	---	--------------------------	---

Dirección física de residencia permanente (no escriba un P.O. Box): _____ Correo electrónico: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal, si es diferente a su dirección permanente (se permite P.O. Box):

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

Su información de Medicare:

Número de Medicare: _____

Responda estas preguntas importantes:

¿Está inscrito en el programa estatal de Medicaid? Sí No Número de Medicaid: _____

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de Memorial Hermann *Advantage*? Sí No

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

IMPORTANTE: Lea y firme abajo:

- Debo conservar tanto el Hospital (Parte A) como el Médico (Parte B) para permanecer en Memorial Hermann *Advantage*.
- Inscribiéndome en este Plan Medicare *Advantage* o Plan de Medicamentos con receta de Medicare, reconozco que Memorial Hermann *Advantage* compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, 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 abajo).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que, si intencionalmente doy información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto por cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Memorial Hermann *Advantage*, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Memorial Hermann *Advantage*. Los beneficios y servicios prestados por Memorial Hermann *Advantage* y contenidos en mi documento de "Evidencia de cobertura" de Memorial Hermann *Advantage* (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Memorial Hermann *Advantage* pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- 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 solicitud. Si está firmado por un representante autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada según la ley estatal para completar esta inscripción, y
 - 2) La documentación de esta autoridad está disponible cuando Medicare la pida.

Firma: _____ **Fecha de hoy:** _____

Si es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre:	Dirección:
Teléfono:	Relación con el afiliado:
Nombre del miembro del personal/agente/broquer (si ayudó en la inscripción): _____ Id. del agente/broquer: _____	
Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales.	
Responder a estas preguntas queda a su elección. No se le puede negar la cobertura porque no los complete.	
¿Es hispano, latino o de origen español? Seleccione todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> No, no de origen hispano, latino ni español <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicano americano, chicano <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 responder.	
¿De qué raza es? Seleccione todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático indio <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> De otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Elijo no responder.	
Seleccione uno si quiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés. <input type="checkbox"/> Español	
Seleccione uno si quiere que le enviemos información en un formato accesible. <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Letra grande <input type="checkbox"/> CD de audio Comuníquese con Memorial Hermann <i>Advantage</i> al (855) 645-8448 si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado arriba. Nuestro horario de atención entre el 1 de octubre y el 31 de marzo es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. El horario de atención entre el 1 de abril y el 30 de septiembre es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711	
¿Trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Trabaja su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Mencione su Médico de atención primaria (PCP) y el lugar de su consultorio O Centro médico y lugar del consultorio:	
Quiero recibir el siguiente material por correo electrónico. Seleccione uno o más. <input type="checkbox"/> Directorio de proveedores y farmacia <input type="checkbox"/> Comunicaciones para miembros	
Pago de sus primas del plan	
Puede pagar la prima mensual de su plan (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda adeudar) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT), tarjeta de crédito cada mes. También puede optar por pagar su prima deduciéndola automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB) cada mes.	
Si tiene que pagar una cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar esta otra cantidad además de la prima de su plan. Generalmente, la cantidad se descuenta de su beneficio del Seguro Social o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague a Memorial Hermann <i>Advantage</i> la Parte D-IRMAA.	

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o Planes de medicamentos con receta (PDP), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, revelar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del sistema de registros (SORN) "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)", Número de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.