

## **Anexo 1: MODELO DE FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)**

### **¿Quién puede usar este formulario?**

Personas con Medicare que deseen inscribirse en un Plan Medicare Advantage.

#### **Para inscribirse en un plan, debe:**

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente de manera legal en los Estados Unidos.
- Vivir dentro del área de servicio del plan.

**Importante:** Para inscribirse en un Plan Medicare Advantage, también debe tener:

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

### **¿Cuándo utilizo este formulario?**

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para obtener cobertura a partir del 1 de enero).
- Dentro de los primeros 3 meses de obtener Medicare.
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse 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 de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).
- Su dirección permanente y número de teléfono.

**Nota:** Debe llenar todos los campos de la Sección 1. Los campos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura si no los contesta.

#### **Recordatorios:**

- Si usted desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (15 de octubre al 7 de diciembre), debe presentar su formulario completado antes del 7 de diciembre.

- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Usted puede optar por inscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual de Seguro Social (o Junta de Retiro Ferroviario).

### **¿Qué ocurre después?**

Envíe el formulario completado y firmado a:

ATTN: MEMBERSHIP ACCOUNTING

Central Health Medicare Plan

PO Box 22800

Long Beach, CA 90801

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

### **¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?**

Llame a Central Health Medicare Plan al

(866) 457-4274. 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 Central Health Medicare Plan al (866) 457-4274 (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, pueden considerarse su dirección de residencia permanente una casilla postal, una dirección de un centro de acogida o de una clínica, o la dirección en la que recibe correspondencia (p. ej., cheques del Seguro Social).

Según la ley de Reducción de Papeles (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, nadie está obligado a contestar 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 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es en promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de las estimaciones 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 que contenga su información personal (como reclamaciones, pagos, historia clínica, etc.) a la Oficina de Liquidación de Informes PRA. Cualquier artículo que recibamos que no tenga que ver con cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni remitirá al plan. Consulte “¿Qué ocurre después?” en esta página para enviar el formulario completo al plan.

**Sección 1: Todos los campos de esta página son obligatorios (al menos que esté marcado como opcional)**

Seleccione el plan al que desea inscribirse:

☐ CA H5649-026-004 HMO C-SNP \$0 por mes

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

Nombre:

Apellido:

Inicial del segundo nombre:

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)

( \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ )

Sexo:

☐ Masculino☐ Femenino

Número de teléfono:

Número de teléfono móvil o alternativo:

Dirección de residencia permanente (no ingrese una casilla postal. Nota: Para las personas sin hogar, una casilla postal puede considerarse su dirección de residencia permanente.):

Ciudad:

Condado:

Estado:

Código postal:

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite casilla postal):

Dirección postal:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

**Información del contacto de emergencia:**

Nombre:

Apellido:

Número de teléfono:

Relación con usted:

**Su información de Medicare:**

Número de Medicare:

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Responda estas preguntas importantes:**¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Central Health Medicare Plan? ☐ Sí ☐ No

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

\_\_\_\_\_

¿Está inscrito en el programa Medi-Cal (Medicaid) de su estado? ☐ Sí ☐ No

Número de Medi-Cal: \_\_\_\_\_

Para ser elegible para Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-1, Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-2, Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-3, Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-4, Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 026-1, Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 026-2, Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 026-3 o Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 026-4, debe ser diagnosticado con una condición calificada.

¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes? Marque todas las opciones que correspondan.

- ☐ Diabetes    ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva    ☐ Arritmia cardíaca  
☐ Arteriopatía coronaria (CAD) o enfermedad vascular periférica (PVD)  
☐ Trastorno tromboembólico venoso crónico

La Herramienta de evaluación de calificación previa a la inscripción (PQAT) incluida con este formulario también debe completarse y enviarse con su formulario de inscripción.

**IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:**

- Debo mantener tanto el seguro de hospital (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en Central Health Medicare Plan.
- Al inscribirme en Plan Medicare Advantage, reconozco que Central Health Medicare Plan compartirá mi información con Medicare, quien puede utilizarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recolección de esta información (Consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Central Health Medicare Plan, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Central Health Medicare Plan. Se cubrirán los servicios proporcionados por Central Health Medicare Plan y otros servicios que aparecen en el documento “Evidencia de Cobertura” de Central Health Medicare Plan (también conocidos como contrato del miembro o contrato del suscriptor). Ni Medicare ni Central Health Medicare Plan pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información suministrada en este formulario de inscripción es correcta, a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, cancelarán mi inscripción del plan.
- 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 comprendo el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
  - 1) Esta persona está autorizada en virtud de las leyes estatales para completar esta inscripción.
  - 2) La documentación sobre esta autorización está disponible previa solicitud de Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

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

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el inscrito:

Los miembros con un poder notarial (POA) o un representante autorizado deben enviar sus documentos a nuestro equipo de atención al cliente de Central Health Medicare Plan por correo o fax.

Dirección: Central Health Medicare Plan, Attn: Service Fulfillment, 200 Oceangate, Ste 100, Long Beach, CA 90802 Fax: (844) 834-2155

## Sección 2

Responder estas preguntas es su decisión. No se le puede negar la cobertura si no las contesta.

Seleccione una de las opciones si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

☐ Español

Seleccione una de las opciones si desea que le enviemos información en un formato accesible.

☐ Braille    ☐ Letra grande    ☐ CD de audio    ☐ CD de datos

Comuníquese con Central Health Medicare Plan al (866) 457-4274 si necesita información en otro formato accesible que no se indique en la lista anterior. Nuestro horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, de lunes a domingo, de 8 a. m. a 11 p. m., hora del este. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 11 p. m., hora del este.

¿Usted trabaja? ☐ Sí ☐ No

¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

Indique su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

¿Ya es paciente? ☐ Sí ☐ No

N. ° NPI del PCP:

Nombre del grupo médico/IPA:

Dirección del PCP:

Ciudad:

Condado:

Estado:

Código postal:

Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico o SMS. Seleccione una o más opciones.

☐ Comunicaciones/Documentos de los miembros

Dirección de correo electrónico:

Número de teléfono móvil:

Al proporcionar su correo electrónico, acepta que Central Health Medicare Plan le envíe un correo electrónico con información importante del plan, beneficios y atención médica. Su dirección de correo electrónico se tratará de acuerdo con nuestra política de privacidad. Al proporcionar su número de teléfono y cualquier número de teléfono futuro, da su consentimiento para que nos comuniquemos con usted mediante mensajes de texto o llamadas, con respecto a información importante sobre el plan, los beneficios y la atención médica. Los mensajes de texto no están cifrados y los pueden leer personas no autorizadas. Se pueden aplicar tarifas por mensajes y datos. Para obtener más información, consulte los Términos y condiciones de los mensajes de texto (SMS) en nuestro sitio web [www.centralhealthplan.com](http://www.centralhealthplan.com).

### Pago de las primas de su plan

Cada mes, puede pagar la prima mensual del plan (que incluye cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda deber) por correo o Transferencia Electrónica de Fondos (TEF). **También puede elegir pagar su prima mensual por deducción automática de su beneficio del Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario (RRB). Si tiene que pagar una suma de ajuste mensual conforme a ingresos Parte D (Parte D o IRMAA), debe pagar este monto adicional, además de la prima de su plan.**

En general, este monto se deduce de su beneficio de Seguro Social, o usted puede recibir una factura de Medicare (o el RRB). NO pague a Central Health Medicare Plan la Parte D o IRMAA.

#### Seleccione una opción de pago de prima:

- ☐ Recibir una factura
- ☐ Deducción automática del cheque mensual de beneficios del Seguro Social
- ☐ Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

### Solo para personas que ayudan a la persona inscrita a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores de SHIP, familiares u otros terceros) que ayuda a un inscrito a completar este formulario.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el inscrito: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Los agentes pueden enviar por fax los formularios de inscripción completados y los documentos asociados al 1-844-541-6848.

Esta fecha se utilizará para determinar el periodo de elección en el cual la solicitud se realizó, lo cual determinará la fecha de entrada en vigor de la cobertura.

### Representante autorizado

Nombre del empleado/agente de ventas/agente de seguros/representante autorizado (en caso de recibir asistencia con la inscripción): \_\_\_\_\_

Número nacional de productor (solo agentes/corredores): \_\_\_\_\_

ICEP/IEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ Otro SEP (tipo): \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), 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 (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de la afiliación de los beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) “Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)”, Sistema n. ° 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.