

¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para unirse a un plan, debe:

- Ser un ciudadano de los Estados Unidos o estar presente legalmente en los Estados Unidos.
- Residir en el área de servicio del plan

Importante: Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe tener ambos:

- Medicare Parte A (Seguro de hospitalización)
- Medicare Parte B (Seguro médico)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En determinadas situaciones en las que puede 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 que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección y número de teléfono permanentes

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

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo a más tardar el 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de sus primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Retiro Ferroviario).

¿Qué sucede a continuación?

Envíe su formulario completo y firmado a:
Centers Plan for Healthy Living
75 Vanderbilt Avenue
Staten Island, NY 10304

Una vez que procesen su solicitud para unirse, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo este formulario?

Llame a Centers Plan for Healthy Living al 1-877-940-9330. 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 Centers Plan for Healthy Living al 1-877-940-9330/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. Los usuarios de TTY pueden llamar 1-877-486-2048.

Personas sin hogar

- Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, un Apartado Postal, la dirección de un refugio o una clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, cheques del seguro social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

De conformidad con la Ley de la Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder una recopilación de información, a menos que indique un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para tal recopilación de información es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información se estima en 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario con respecto a la exactitud del tiempo estimado 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 reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Se destruirá todo artículo que recibamos que no se trate de cómo mejorar este formulario o su carga de recolección (descrito en el número 0938-1378 de la OMB). No se guardará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Sección 1 - Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén

Seleccione el plan al cual desea unirse:

- Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO) \$0.00 por mes
- Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP) \$48.70 por mes
- Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP) \$48.70 por mes

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____ [Opcional: Inicial del segundo nombre]: _____

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) Sexo: Masculino Número de teléfono: ()

Dirección de la residencia permanente (no ingrese un apartado postal):

Ciudad: _____ [Opcional: Condado]: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal, si es diferente a su dirección permanente (se permite el apartado postal):

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

Su información de Medicare:

Número de Medicare: _____

Responda estas preguntas importantes:

¿Optaría por tener otra cobertura de medicamentos con prescripción médica (como VA, TRICARE) además de Centers Plan for Healthy Living? Sí No

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

Para personas con Medicare y Medicaid ÚNICAMENTE: ¿Está inscrito en su programa de Medicaid Estatal? Sí No

En caso afirmativo, proporcione su número de Medicaid: _____

SOLO para I-SNP: ¿Reside usted en un centro de cuidado a largo plazo, tal como un asilo de ancianos? Sí No

En caso afirmativo, suministre la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Fecha de admisión: / /

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo permanecer tanto en la cobertura hospitalaria (Parte A) como en la cobertura médica (Parte B) para permanecer en Centers Plan for Healthy Living.
- Al unirme a este Medicare Advantage, reconozco que Centers Plan for Healthy Living compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para realizar 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, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan
- La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si suministro información falsa intencionalmente en este formulario, mi inscripción en el plan será cancelada.
- Comprendo que las personas con Medicare usualmente no tienen cobertura de Medicare fuera del país, a excepción de una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos
- Comprendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que cuando comience la cobertura de Centers Plan for Healthy Living, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados a través de Centers Plan for Healthy Living. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por Centers Plan for Healthy Living y contenidos en el documento “Evidencia de cobertura” de mi Centers Plan for Healthy Living (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni Centers Plan for Healthy Living pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para representarme) en este formulario implica que he leído y que entiendo el contenido de este. Si la firma un representante autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y
 - 2) La documentación de esta autoridad está disponible a pedido 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 afiliado:
---------------------	---------------------------

SOLO para uso de la Oficina/ el Agente/ el Corredor:

Nombre del Agente/Corredor (si ayudó con la inscripción) _____

Número de teléfono del Agente/Corredor (si ayudó con la inscripción): _____

Contrato del Plan: H6988 PBP: _____ Fecha de entrada en vigencia de la inscripción: _____

Sección 2 - Todos los campos de esta página son opcionales

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no los completa.

¿Es usted hispano, latino o de origen español? Seleccione todas las que correspondan.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino ni español | <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicoamericano, chicano |
| <input type="checkbox"/> Sí, portorriqueño | <input type="checkbox"/> Sí, cubano |
| <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español | |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no responder. | |

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las que correspondan.

Amerindio o nativo de Alaska

Asiático:

- Indio asiático
 Chino
 Filipino
 Japonés
 Coreano
 Vietnamita
 Otro asiático

De color o afroamericano

Nativo de Hawaii e isleño del Pacífico:

- Guameño o chamorro
 Nativo de Hawaii
 Samoano
 Otro isleño del Pacífico
 Blanco
 Prefiero no responder

Seleccione uno si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

Español Chino Otro: _____

Seleccione uno si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Braille Letras grandes CD de audio

Comuníquese con Centers Plan for Healthy Living al 1-877-940-9330 si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja? Sí No ¿Su cónyuge trabaja? Sí No

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

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o más.

- Evidencia de cobertura Directorio de farmacias
 Directorio de proveedores Formulario integral (Lista de medicamentos)

Dirección de correo electrónico: _____

Comuníquese con Centers Plan for Healthy Living al 1-877-940-9330 si desea recibir uno de estos materiales por correo electrónico. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Contacto de emergencia:

Nombre:

Número de teléfono:

Parentesco con el miembro:

Pago de las primas de su plan

Puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que deba) por correo todos los meses. **También puede optar por pagar su prima al deducirla automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes.**

Si tiene que pagar una Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Por lo general, el monto se deduce de su beneficio del Seguro Social o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). **NO** pague a los Centers Plan for Healthy Living los montos mensuales de ajuste relacionados con el ingreso (o IRMAA) de la parte D.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

Por favor, seleccione una opción de pago de prima:

- Recibir una factura
 Deducción automática mensual de su cheque de beneficios del seguro social (Social Security, SSA) o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB).
 SSA RRB

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros para los Servicios Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes de 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 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, 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) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.