

FORMULARIO MODELO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN EL PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C) O EN EL PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE (PARTE D)

¿Quién puede utilizar este formulario?

Las personas con Medicare que desean inscribirse en un Plan Medicare Advantage o en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare

Para unirse a un plan, debe reunir los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en Estados Unidos
- Vivir en el área de servicios del plan

Importante: Para inscribirse en un Plan Medicare Advantage, también debe tener las siguientes dos opciones:

- Medicare Parte A (Seguro Hospitalario)
- Medicare Parte B (Seguro Médico)

¿Cuándo debo utilizar 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 un plazo de 3 meses desde la primera obtención de Medicare
- En ciertas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de planes

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 de Medicare roja, blanca y azul)
- Su dirección permanente y número de 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 en caso de que no los complete.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (PRA, Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que tenga un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-NEW. 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 y recopilar los datos necesarios, así como completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario en relación con la precisión de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: 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 documento con su información personal (como reclamaciones, pagos, expedientes médicos, etc.) a la PRA Reports Clearance Office. Todo documento que recibimos y que no trate sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (que se describe en OMB 0938-1378) se destruirá. No se guardará, revisará ni reenviará al plan. Consulte “¿Qué sucede después?” en esta página para enviar el formulario completado al plan.

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe completar su formulario antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para pagar su prima por deducción automática de su cuenta bancaria o su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Jubilación Ferroviaria).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completado y firmado a la siguiente dirección:

Memorial Hermann *Advantage*
929 Gessner, Suite 1500
Houston, TX 77024

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

¿Cómo puedo obtener ayuda para completar 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 asistirlo.

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

Seleccione el plan al que desea unirse: Memorial Hermann *Advantage* HMO Plus—\$50 por mes
 Memorial Hermann *Advantage* HMO—\$0 por mes

NOMBRE: APELLIDO: Opcional: Inicial del Segundo Nombre:

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (/ /) Sexo: Mascul. Femenino Número de teléfono: ()

Dirección de Residencia Permanente (no ingrese un apartado de correos):

Ciudad: Condado: Estado: Código postal:

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite un apartado de correos):

Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

Su información de Medicare:

Número de Medicare: - - - - - - - - - -

Responda estas preguntas importantes:

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

Nombre de otra cobertura: Núm. de socio para esta cobertura: Núm. de grupo para esta cobertura:

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener el Hospital (Parte A) y al Médico (Parte B) para permanecer en Memorial Hermann *Advantage*.
- Al afiliarme a este Plan Medicare *Advantage* o al Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, reconozco que Memorial Hermann *Advantage* compartirá mi información con Medicare, quien puede utilizarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley Federal que autorice 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 brindada en este formulario de inscripción es correcta según mi más leal saber y entender. Comprendo que si yo intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Comprendo que las personas con Medicare no están cubiertas por Medicare mientras se encuentren fuera del país, salvo por una cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.
- Entiendo que cuando comienza mi cobertura en Memorial Hermann *Advantage*, debo obtener todos los beneficios de medicamentos recetados y médicos de Memorial Hermann *Advantage*. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por Memorial Hermann *Advantage* y contenidos en mi documento de Evidencia de Cobertura de Memorial Hermann *Advantage* (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni Memorial Hermann *Advantage* pagarán por 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 el presente documento significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si la firma es la de una persona autorizada (según se describió anteriormente), dicha firma certifica lo siguiente:
 - 1) Que esta persona está autorizada conforme a las leyes estatales para completar esta inscripción, y
 - 2) Que la documentación de esta autoridad 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/la inscrito/a:

Sección 2: Todos los campos de esta página son opcionales

Responder estas preguntas es su elección. No se puede negar la cobertura en caso de que no los complete.

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

Español

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

Braille Letra Grande CD de Audio

Contacte a Memorial Hermann *Advantage* al (855) 645-8448 si necesita información en un formato accesible diferente al que se indica más arriba. Los horarios de oficina regular entre el 1 de octubre y el 31 de marzo son de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana; no se atiende el Día de Acción de Gracias y Navidad, pero sí el Día de Año Nuevo, el Día de Martin Luther King Jr. y el Día del Presidente. Los horarios de atención entre el 1 de abril y el 30 de septiembre son de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes, cerrado durante los fines de semana y los feriados. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja? Sí No

¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Indique el nombre de su Médico de Atención Primaria (PCP, Primary Care Physician), la clínica o centro de salud:

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

Directorio de Proveedores y Farmacia

Dirección de correo electrónico:

Pago de las primas de su plan

Puede pagar la prima mensual del plan, incluida cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga, o pueda deber, por correo electrónico, Transferencia Electrónica de Fondos (TEF) o tarjeta de crédito cada mes.

También puede pagar su prima por deducción automática de su beneficio de Seguro Social o Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) cada mes.

Si tiene que pagar el Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto adicional además de la prima del plan. Por lo general, el monto se obtiene de su beneficio de Seguro Social, o puede recibir una factura de Medicare (o la RRB). **NO** pague a Memorial Hermann *Advantage* el IRMAA de la Parte D.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS, Centers for Medicare & Medicaid Services) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en el Plan Medicare Advantage (MA) o en el Plan de Medicamentos Recetados (PDP), mejorar la atención y pagar 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. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Sistema de Aviso de Registros (SORN, System of Records Notice) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", N.º 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.