
MODELO DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL EN UN PLAN DE MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C) O UN PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE (PARTE D)

¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un plan de Medicare Advantage o un plan de medicamentos recetados de Medicare

Para unirse a un plan, usted debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o tener presencia legal en el país
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para inscribirse en un plan de Medicare Advantage, usted también debe tener:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- 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 que la cobertura comience el 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses siguientes a la primera vez que obtiene Medicare
- En determinadas ocasiones en las que se le permite unirse o cambiar de plan

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo se puede inscribir en un plan.

¿Qué necesito para rellenar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

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 si no rellena aquel formulario.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) 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 recopilación de 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 información recopilada. Si tiene comentarios sobre la exactitud de la(s) estimación(es) 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.

INSTRUCCIONES

No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como solicitudes, pagos, historias clínicas, etc.) a PRA Reports Clearance Office. Cualquier elemento que no se trate sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) será destruido. No se guardará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar el formulario completado al plan.

H7115_PDSLngEnrllFrm22_M CMS Approved 08/16/2021

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (desde el 15 de octubre al 7 de diciembre), debe completar el formulario y entregarlo antes del 7 de diciembre.
- Se le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o su beneficio mensual del Seguro Social (o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios [Railroad Retirement Board, RRB]).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario relleno y firmado a:

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

Una vez que procesen su solicitud para unirse, 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.

Declaración de elegibilidad para un Período de inscripción

Por lo general, puede inscribirse en Medicare Advantage o en un plan de medicamentos recetados de Medicare únicamente durante el Período de Inscripción Anual (Annual Enrollment Period, AEP), del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. De forma adicional, existen excepciones que pueden permitir su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare fuera de dicho período.

Si se inscribe fuera del Período de Inscripción Anual (AEP), lea las siguientes afirmaciones cuidadosamente y marque la casilla que se aplique a usted. Si marca cualquiera de las siguientes casillas, usted estará certificando que, según su conocimiento, usted es elegible para un Período de Inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage.
- Recientemente, me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el día (insertar fecha)_____.
- Recientemente, fui liberado de la cárcel. Me liberaron el día (insertar fecha)_____.
- Regresé hace poco tiempo a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera del país. Retorné a EE. UU. el día (insertar fecha)_____.
- Recientemente, obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el día (insertar fecha)_____.
- Recientemente, tuve un cambio en mi Medicaid (hace poco recibí Medicaid, tuve un cambio en el nivel de ayuda de Medicaid o perdí Medicaid) el día (insertar fecha)_____.
- Recientemente, tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente recibí Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el día (insertar fecha) _____.
- Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido cambios.
- Me mudaré a, vivo en o hace poco me mudé de una institución de cuidado prolongado (por ejemplo, una casa de reposo o un centro de atención a largo plazo). Me mudé o me mudaré al/del centro el día (insertar fecha)_____.

- Hace poco tiempo, dejé de participar en el Programa de cobertura total de salud para ancianos (Programs of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE), el día (insertar fecha)_____.
- Hace poco, perdí de forma involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el día (insertar fecha)_____.
- Cancelaré mi inscripción en la cobertura de mi empleador o sindicato el día (insertar fecha)_____.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- Mi plan terminará su contrato con Medicare o Medicare terminará su contrato con mi plan.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el día (insertar fecha)_____.
- Estaba inscrito en un Plan para Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) pero perdí el requisito de necesidades especiales para calificar en dicho plan. Cancelaron mi inscripción en el SNP el día (insertar fecha)_____.
- Fui afectado por una emergencia climática o un gran desastre (según lo declaró la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA]). Una de las otras afirmaciones incluidas aquí aplica a mí, pero no pude realizar mi inscripción debido a un desastre natural.

Si ninguna de estas afirmaciones aplica a su caso o si no está seguro, comuníquese con Memorial Hermann *Advantage* llamando al (855) 645-8448 para saber si reúne los requisitos de inscripción. El horario de atención entre el 1 de octubre y el 31 de marzo es desde 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. El horario de atención entre el 1 de abril y el 30 de septiembre es desde 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales**Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura si no rellena este formulario.**

Seleccione una casilla si desea que le enviemos información en un idioma distinto al inglés.

Español

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

Braille Letra grande CD de audio

Comuníquese con Memorial Hermann *Advantage* al (855) 645-8448 si necesita información en otro formato accesible diferente a los listados anteriormente. El horario de atención de nuestra oficina entre el 1 de octubre y el 31 de marzo es de 8 a.m. a 8 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 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja? Sí No

¿Trabaja su cónyuge? Sí No

Nombre de su Médico de Atención Primaria (PCP), la clínica o el centro de salud:

Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico.

Seleccione uno o más. Directorio de Farmacias y Proveedores

Comunicaciones para los miembros

Pago de las primas del plan

Puede pagar su prima mensual del plan, incluida cualquier penalidad por inscripción tardía que tenga o pueda deber, mediante correo, transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) o tarjeta de crédito cada mes. **También puede pagar su prima por deducción automática de su Seguro Social o su cheque de beneficio de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) cada mes.**

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

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para mejorar la atención, pagar los beneficios de Medicare y realizar un seguimiento de la inscripción en Medicare Advantage (MA) o en Planes de Medicamentos Recetados (Prescription Drug Plans, PDP). Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§, sección 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recolección de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar información de la inscripción de los beneficiarios, según se especifica en el Sistema de Notificación de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (Marx)", n.º de Sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, el hecho de no responder puede afectar a la inscripción en el plan.