

## MODELO DE FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL 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?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de enero)
- En los 3 meses después de haber obtenido Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de plan

Visite [Medicare.gov](http://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.
- El plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de la prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

### ¿Qué pasa después?

Envíe su formulario completo y firmado a:  
Memorial Hermann *Advantage*  
929 Gessner, Suite 1500  
Houston, TX 77024

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 lo atenderá.

### 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 correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que muestre un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es 0938-NEW. El tiempo necesario para completar esta información se estima 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 sobre 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 PRA Reports Clearance Office. Cualquier artículo que recibamos que no sea 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.

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

<b>Seleccione el plan en el que se quiere inscribir:</b>		<input type="checkbox"/> <i>Advantage</i> Golden Triangle HMO: \$0 al mes
<input type="checkbox"/> <i>Advantage</i> HMO: \$0 al mes		<input type="checkbox"/> <i>Dual Advantage</i> HMO D-SNP: \$0 al mes
<input type="checkbox"/> <i>Advantage</i> Plus HMO: \$25 al mes		<input type="checkbox"/> 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 el Hospital (Parte A) y el Médico (Parte B) para permanecer en Memorial Hermann *Advantage*.
- Inscribiéndome en este Plan Medicare *Advantage* o Plan de Medicamentos con receta de Medicare, acepto que Memorial Hermann *Advantage* compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para seguir mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (vea abajo la Declaración de la Ley de Privacidad).
- 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 hasta donde yo sé. 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 ni 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 por la ley estatal para completar esta inscripción, y
  - 2) La documentación de esta autoridad está disponible cuando Medicare la pida.

<b>Firma:</b>	<b>Fecha de hoy:</b>
---------------	----------------------

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

Nombre:	Dirección:
---------	------------

Teléfono:	Relación con el afiliado:
-----------	---------------------------

**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.

- No, no de origen hispano, latino ni español       Sí, mexicano, mexicano americano, chicano  
 Sí, puertorriqueño       Sí, cubano  
 Sí, otro origen hispano, latino o español  
 **Elijo no responder.**

¿Cuál es su raza? Seleccione todo lo que corresponda.

- Indio americano o nativo de Alaska       Asiático indio       Negro o afroamericano  
 Chino       Filipino       Guameño o chamorro  
 Japonés       Coreano       Nativo hawaiano  
 Otro asiático       Otras islas del Pacífico       Samoano  
 Vietnamita       Blanco  
 **Elijo no responder.**

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

- Español

Seleccione uno si quiere 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 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., lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711

¿Trabaja?       Sí     No      ¿Trabaja su cónyuge?       Sí     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.

- Director de proveedores y farmacia  
 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 cada mes de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).**

**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 *Advantage* 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 el Título 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.