



Formulario de solicitud de inscripción individual en un plan Medicare Advantage de 2025

Formulario de solicitud de inscripción individual en un plan Medicare Advantage de 2025

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que se quieran inscribir en un plan Medicare Advantage

Para inscribirse en un plan, usted debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante

Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener ambos:

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

¿Cuándo uso este formulario?

Se puede inscribir en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que comienza el 1 de enero)
- En los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se permite 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 en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y teléfono

NOTA: Debe completar todos los puntos de la sección I. Los puntos de la Sección II son opcionales; no se puede negar la cobertura por no completarlos.

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.

Según la Ley de reducción de trámites de 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna persona está obligada a responder a 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-NEW. El tiempo necesario para completar esta información se calcula 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 relacionado con 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-D5, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE. No envíe este formulario ni ningún artículo con su información personal (como reclamos, pagos, expediente médico, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA (PRA Reports Clearance Office). Todos los artículos que recibamos que no se traten de cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) se destruirán. No se guardarán, revisarán ni se enviarán al plan. Consulte "¿Qué pasa después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

- Su plan enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que se deduzcan los pagos de la prima de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board)).

¿Qué pasa después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Memorial Hermann *Advantage*
P.O. Box 19909
Houston, TX 77224-1909

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 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirlo.

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 el correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social) se puede considerar su dirección de residencia permanente.

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción especial

Normalmente, se puede inscribir en un Plan Medicare Advantage o en un Plan de Medicare para medicamentos con receta solo durante el Período de inscripción anual (AEP), del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Además, hay excepciones que pueden permitir la inscripción en un Plan de Medicare para medicamentos con receta fuera del período de inscripción anual.

Si se está inscribiendo fuera del Período de inscripción anual (AEP), lea cuidadosamente las siguientes declaraciones y marque la casilla, si la declaración se aplica a su caso. Marcando cualquiera de las siguientes casillas está certificando que, hasta donde tiene conocimiento, es elegible para un Período de inscripción. Si después determinamos que esta información es incorrecta, es posible que cancelen la inscripción.

Fecha de inicio de la cobertura propuesta	____/____/____	Fecha del SEP	____/____/____
<input type="checkbox"/> AEP	Período de inscripción anual (15 de octubre al 7 de diciembre)		
<input type="checkbox"/> IEP	Soy nuevo en Medicare (Período de inscripción anual).		
<input type="checkbox"/> OEP	Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (1 de enero al 31 de marzo).		
<input type="checkbox"/> ICE	Ya tengo la cobertura del hospital (Parte A) y recientemente me inscribí en la cobertura de seguro médico (Parte B). Quiero inscribirme en un plan Medicare Advantage.		
<input type="checkbox"/> RET	Soy nuevo en Medicare y me avisaron sobre la obtención de Medicare después de que empezara mi cobertura de la Parte A o Parte B (indique la fecha) ____/____/____.		
<input type="checkbox"/> MOV	Me mudé recientemente fuera del área de servicio para mi plan actual, o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (indique la fecha) ____/____/____.		
<input type="checkbox"/> INC	Salí recientemente de la cárcel. Salí el (indique la fecha) ____/____/____.		
<input type="checkbox"/> RUS	Regresé recientemente a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de EE. UU. Regresé el (indique la fecha) ____/____/____.		
<input type="checkbox"/> LAW	Recientemente obtuve el estatus de permanencia legal en los Estados Unidos. Recibí este estatus el (indique la fecha) ____/____/____.		
<input type="checkbox"/> MCD	Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recibí Medicaid por primera vez, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid el (indique la fecha)) ____/____/____.		
<input type="checkbox"/> NLS	Recientemente tuve un cambio en mi ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recibí la ayuda adicional por primera vez, tuve un cambio en el nivel de ayuda adicional o perdí la ayuda adicional) el (indique la fecha) ____/____/____.		
<input type="checkbox"/> MDE	Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo la ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.		

<input type="checkbox"/> LTC	Me estoy mudando a, vivo en o recientemente me mudé fuera de un centro de atención de largo plazo (por ejemplo, un centro de atención residencial o centro de atención de largo plazo). Me mudé/mudaré a/fuera de un centro el (indique la fecha) ____/____/____.
<input type="checkbox"/> PAC	Recientemente salí de un Programa PACE el (indique la fecha) ____/____/____.
<input type="checkbox"/> LCC	Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable para medicamentos con receta (tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos el (indique la fecha) ____/____/____.
<input type="checkbox"/> LEC	Saldré de la cobertura del empleador o del sindicato el (indique la fecha) ____/____/____.
<input type="checkbox"/> PAP	Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia que presta mi estado.
<input type="checkbox"/> NON	Mi plan termina su contrato con Medicare o Medicare termina su contrato con mi plan.
<input type="checkbox"/> DIF	Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (indique la fecha) ____/____/____.
<input type="checkbox"/> SNP	Me inscribí en un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales que se exige para estar en ese plan. Me cancelaron la inscripción en el SNP el (indique la fecha) ____/____/____.
<input type="checkbox"/> DST	Me vi afectado por una emergencia o un desastre mayor (según lo declaró por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias, (FEMA)), o por una entidad del gobierno federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones aquí se aplica a mi, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con Memorial Hermann *Advantage* al (855) 645-8448 para ver si es elegible para inscribirse. Abrimos del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana (cerramos los días festivos). Abrimos del 1 de abril al 30 de septiembre de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (cerramos los días festivos). Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Formulario de solicitud de inscripción individual en un plan Medicare Advantage de 2025

El formulario de inscripción es para un: Nuevo miembro de MHHP Miembro de MHHP Plan Chang

Sección I. Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Seleccione el plan en el que se quiere inscribir

Para miembros que necesitan **ambas** coberturas, de seguro médico y de medicamentos con receta de la Parte D

Memorial Hermann *Advantage* HMO - \$0 al mes

Para miembros con doble cobertura completa de **Medicare y Medicaid**

Memorial Hermann *Dual Advantage* HMO D-SNP - \$0 al mes

Para miembros que **únicamente** necesitan cobertura de seguro médico; sin cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

Memorial Hermann Prime Value MA solo HMO - \$0 por mes

Información personal y de contacto

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
----------	---------------	----------------------------

Título <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Sra.	Fecha de nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
--	----------------------------	--

Teléfono (Obligatorio) <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Teléfono fijo ()	Teléfono alternativo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Teléfono fijo ()
--	--

Dirección de correo electrónico

Dirección física permanente (no se permite PO Box)	Condado
--	---------

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Dirección postal (si es diferente a su dirección permanente)

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Su información de Medicare

Nombre (como aparece en su tarjeta de identificación de Medicare)	Fechas de inicio de la cobertura (MM/DD/AAAA)
Número de identificación de Medicare	Hospital (Parte A) ____/____/____ Médico (Parte B) ____/____/____

Responda estas preguntas importantes

¿Está inscrito en el programa estatal de Medicaid? Sí No

Número de Medicaid	Número de caso de Medicaid
--------------------	----------------------------

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, VA o TRICARE) además de Memorial Hermann *Advantage*? Sí No

Si respondió Sí, nombre de la otra cobertura	Fecha de inicio / /	Número de identificación
Teléfono de la otra cobertura ()	Rx BIN	Rx PCN

¿Vive en un centro de atención de largo plazo, como un centro de atención residencial? Sí No

Si respondió Sí, nombre del centro

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Teléfono ()	Fecha de ingreso / /
-----------------	-------------------------

Selección de Proveedor de atención primaria (PCP), clínica o centro médico (obligatorio)

Nombre completo del proveedor	Número de identificación del PCP o número del proveedor nacional (NPN)
Lugar de la oficina (si hay varias oficinas)	¿Es usted ya un paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

IMPORTANTE. Lea y firme abajo

- Debo mantener tanto el Hospital (Parte A) como el Médico (Parte B) para mantenerme en Memorial Hermann *Advantage*.
- Inscribiéndome en este plan Medicare Advantage o Plan de Medicamentos con receta de Medicare, reconozco que Memorial Hermann *Advantage* compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, hacer 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 abajo).
- 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 según mi leal saber y entender. 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 miembro) se cubrirán. Ni Medicare ni Memorial Hermann *Advantage* pagarán los beneficios o servicios que no se cubran.
- 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 según la ley estatal para completar esta inscripción, y
 2. La documentación de esta autoridad está disponible cuando Medicare la pida.

Firma	Fecha de hoy / /
-------	-------------------------

Representante autorizado

Complete toda la información a continuación si usted es el representante autorizado que firmó arriba o un tercero que ayudó al inscrito a completar este formulario.

Nombre	Teléfono ()
--------	----------------------

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Relación con el miembro

Agente/broquer (lo debe completar el agente que asiste en la inscripción)

Nombre del agente	Número de identificación del agente	Número de Productor Nacional
Teléfono ()	Fecha de la cita / /	Ámbito de la cita <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección II. Todos los campos de esta página son opcionales

Responder a estas preguntas queda a su elección. No se puede negar la cobertura por no completarlos. Sus respuestas se mantendrán en privado. Esta información ayuda a asegurar que todos los clientes tengan el mismo acceso a la atención médica.

Origen étnico

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

- No, no es de origen hispano, latino o español Sí, mexicano, mexicano americano, chicano/a
 Sí, puertorriqueño Sí, cubano
 Sí, otro origen hispano, latino o español Elijo no responder

Raza

¿De qué raza es? Seleccione todas las que correspondan.

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

Otro idioma

Seleccione esta opción si quiere que enviemos información en un idioma diferente al inglés.

- Español

Formatos accesibles

Seleccione uno si quiere que enviemos información en un formato accesible.

En letra de molde grande

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., 7 días a 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., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711

Situación laboral

¿Trabaja?

Sí

No

¿Trabaja su cónyuge?

Sí

No

Declaración 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 1860D-1 de la Ley del seguro social (Social Security Act) y 42 CFR §§ 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)", sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Aviso de no discriminación

Memorial Hermann Health Plan, Inc., (MHHP), cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo. MHHP no excluye a las personas, ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo.