

ANEXO 1: FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL MODELO PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C) O PLAN DE MEDICARE PARA MEDICAMENTOS CON RECETA (PARTE D)

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran unirse a un plan Medicare Advantage o a un plan de Medicare para medicamentos con receta.

Para unirse a un plan, debe cumplir con los siguientes requisitos:

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

Importante: Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe contar con ambas opciones:

- 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 la cobertura que comienza el 1 de enero)
- A partir de los 3 meses desde que obtiene Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones donde tiene permitido unirse a un plan o cambiarse de plan

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede registrarse para un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que figura en su tarjeta de Medicare de color rojo, blanco y azul)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debe completar todos los elementos en la Sección 1. Los elementos en la Sección 2 son opcionales: no se le puede denegar la cobertura si no los completa.

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima correspondiente. Usted puede elegir registrarse para que mensualmente deduzcan los pagos de sus primas de su cuenta bancaria o del Seguro Social del beneficio (o de la Junta de Retiro Ferroviario).

¿Qué ocurre después?

Envíe el formulario completo y firmado a:

Community Health Choice (HMO D-SNP)
P.O. Box 301413
Houston, TX 77230

Después de que procesen su solicitud de inscripción, lo contactarán.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Community Health Choice (HMO D-SNP) al 1.833.276.8306. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O bien, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a Community Health Choice (HMO D-SNP) al 1.833.276.8306/TTY 711 o a Medicare al número gratuito 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Conforme a la Ley de Reducción de Trámites Administrativos de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-NEW. Se estima que el tiempo promedio requerido para completar esta información es de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de los datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la información recopilada. Si tiene algún comentario sobre la precisión del tiempo estimado 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 elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, historiales médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Se destruirá cualquier ítem recibido que no sea sobre cómo mejorar este formulario o la responsabilidad de la recopilación (descrito en OMB 0938-1378). No se almacenará, revisará ni enviará al plan. Consulte “¿Qué ocurre después?” en esta página para enviar su formulario completo al plan.

- buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (inserte la fecha).
- Dejaré la cobertura del empleador o del sindicato el (inserte la fecha).
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (inserta la fecha).
- Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP) pero perdí la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Me desafiliaron del SNP el (inserte la fecha).
- Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA). Una de las otras declaraciones aquí se aplicaba a mí, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en Community Health Choice (HMO D-SNP).
- Al unirme a este plan Medicare Advantage o plan de Medicare para medicamentos con receta, reconozco que Community Health Choice (HMO D-SNP) compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para rastrear mi inscripción, hacer pagos o para otros fines aprobados por la ley federal que autorice la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- La respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, el incumplimiento puede afectar la inscripción al plan.
- A mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que, si proporciono información falsa en este formulario de forma intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas que tienen Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, salvo por la cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- Entiendo que, cuando comience mi cobertura de Community Health Choice (HMO D-SNP), debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Community Health Choice (HMO D-SNP). Estarán cubiertos los beneficios y los servicios que proporcione Community Health Choice (HMO D-SNP) y que estén incluidos en el documento de “Evidencia de cobertura” de Community Health Choice (HMO D-SNP) (también conocido como contrato del Miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni Community Health Choice (HMO D-SNP) pagarán por los beneficios o los 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 indica que he leído y entiendo el contenido de dicha solicitud. Si un representante autorizado (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal para completar esta inscripción.
 - 2) La documentación de esta autoridad se encuentra disponible a petición 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 la persona inscrita:

Sección 2: todos los campos en esta página son opcionales

Contestar estas preguntas es su elección. No se le puede denegar la cobertura si no las completa.

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 que sea accesible.

- Braille
- Letra grande
- Audio en CD

Comuníquese con Community Health Choice (HMO D-SNP) al 1.833.276.8306 si necesita información en un formato accesible o en un idioma diferente mencionado arriba. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja? • Sí • No

¿Su cónyuge trabaja? • Sí • No

Escriba el nombre de su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico: Seleccione una o más opciones.

- *Evidencia de cobertura*
- *Notificación anual de cambios*
- *Resumen de beneficios*
- *Directorio de proveedores*
- *Formulario (Lista de medicamentos cubiertos)*
- *Directorio de farmacias*

Dirección de correo electrónico: _____

Solo para uso de la oficina/Office Use Only:

Name of staff member/agent/broker (if assisted in enrollment): _____

Broker NPN: _____ Plan ID#: _____ Effective Date of Coverage: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (type): _____ Not Eligible: _____

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para rastrear la inscripción del beneficiario en un plan Medicare Advantage (MA) o en los 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 del Seguro Social (Social Security Act) y 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS puede usar, divulgar e intercambiar los datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el sistema de avisos de registros (SORN) de los "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)", N.º de sistema 09-70-0588. La respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, el incumplimiento puede afectar la inscripción al plan.