

## Anexo 1: MODELO DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

### ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran inscribirse en un Plan Medicare Advantage.

#### Para inscribirse en un plan debe cumplir con lo siguiente:

- Ser un ciudadano estadounidense o residir legalmente en EE. UU.
- Vivir en el área de servicios del plan

**Importante:** para inscribirse en un Plan de Medicare Advantage también debe tener:

- La Parte A de Medicare (Seguro de hospital)
- La Parte B de Medicare (Seguro médico)

### ¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (y la cobertura comienza a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses posteriores a la fecha en la que obtuvo Medicare por primera vez
- En determinadas circunstancias en las cuales tiene permitido 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 número de teléfono

**Nota:** debe completar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales, no pueden negarle la cobertura por no haberlos completado.

### 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 completado antes del 7 de diciembre.
- El plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por registrarse para que los pagos de la prima se descuenten de su cuenta bancaria o beneficio mensual del Seguro Social (o la Junta de Retiro Ferroviario).

### ¿Qué sucede luego?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Community Health Choice  
A/A Medicare Enrollment  
2636 South Loop West, Suite 125  
Houston, TX 77054

Una vez que se procese su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

### ¿Cómo puedo obtener 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, 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 Community Health Choice (HMO D-SNP) al 1.833.276.8306/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.

### Personas sin hogar

- Si quiere inscribirse en un plan, pero no tiene una residencia permanente, se puede considerar como su dirección de residencia permanente un apartado de correos, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (p. ej., los cheques del Seguro Social).

De conformidad con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la OMB (Oficina de Administración y Presupuesto). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se calcula que el tiempo requerido para completar esta información es de un promedio de 20 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de la información. Si tiene algún comentario con respecto a la precisión de la estimación del tiempo o alguna sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, A/A: 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 reclamos, pagos, historia clínica, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes sujeta a la PRA. Se destruirá todo aquello que recibamos y no sea sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (que se detalla en OMB 0938-1378). No se conservará, revisará ni reenviará al plan. Consulte “¿Qué sucede luego?” en esta página para enviar el formulario completado al plan.

**Sección 1: Se deben completar todos los campos en esta página (a menos que estén marcados como opcional)**

**Seleccione el plan al que quiere inscribirse:**

Community Health Choice (HMO D-SNP) 001

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_ [Opcional: Inicial del segundo nombre]: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 ( / / )  Masculino  Femenino ( )

Dirección postal de residencia permanente (no ingrese un apartado de correos): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ [Opcional: Condado]: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

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

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Su información de Medicare:**

**Número de Medicare:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Responda estas preguntas importantes:**

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta (como VA o TRICARE) además del Community Health Choice?  Sí  No

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_ Número de miembro para esta cobertura: \_\_\_\_\_ Número grupal para esta cobertura: \_\_\_\_\_

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

En caso afirmativo, proporcione su número de Medicaid: \_\_\_\_\_

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, según su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, se le puede cancelar su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- 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 (inserte la fecha).
- Recientemente fui liberado del encarcelamiento. Me liberaron el (inserte la fecha).
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. El (inserte la fecha).
- Recientemente obtuve la presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (inserte la fecha)
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (inserte la 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 (inserte la fecha).
- Tengo Medicare y 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 ningún cambio.
- Recientemente dejé el programa PACE el (inserte la fecha).
- Me estoy mudando, vivo o recientemente me mudé de un Centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé / me mudaré dentro / fuera de la instalación el (inserte fecha).
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan 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 abajo:**

- Debo mantener tanto el seguro de hospital (Parte A) como el médico (Parte B) para permanecer en Community Health Choice (HMO D-SNP).
- Al inscribirme en este plan de Medicare Advantage, reconozco que Community Health Choice (HMO D-SNP) compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, hacer pagos y otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración del Acta de Privacidad de abajo). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, podría verse afectada la inscripción al plan.
- Entiendo que solo me pueden inscribir en un plan de MA a la vez y que, tras la inscripción en este plan, se finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de MA (hay excepciones para los planes privados de pago por servicio [PFFS] de MA y de cuentas de ahorros médicos [MSA] de MA).
- Entiendo que, cuando comienza mi cobertura de Community Health Choice (HMO D-SNP), debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de parte de Community Health Choice (HMO D-SNP). Los beneficios y servicios provistos por Community Health Choice (HMO D-SNP) e incluidos en el documento “Evidencia de cobertura” (también conocido como acuerdo de suscripción o contrato con el miembro) de Community Health Choice (HMO D-SNP) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Community Health Choice (HMO D-SNP) pagarán por los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- A mi leal saber, la información en este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, me cancelarán la inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada a actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que leí y entiendo el contenido de esta solicitud. En caso de estar firmada por un representante autorizado (como se describe arriba), la firma certifica lo siguiente:
  - 1) La persona está autorizada conforme a la ley estatal a completar esta inscripción.
  - 2) La documentación de esta autorización está disponible si Medicare la solicita.

<b>Firma:</b>	<b>Fecha de hoy:</b>
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:	
Nombre:	Dirección:
Número de teléfono:	Relación con el inscripto:

