

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

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que deseen inscribirse al Plan Medicare Advantage.

Para inscribirse a un plan, debe cumplir los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente de manera legal en los Estados Unidos.
- Vivir dentro del área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse al Plan Medicare Advantage, también debe tener lo siguiente:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede inscribirse 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).
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez.
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan.

Visite **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 que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).

- Su dirección y número de teléfono permanentes.

Nota: Debe llenar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede denegar la cobertura si no los rellena.

Recordatorios:

- Si usted desea inscribirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (15 de octubre al 7 de diciembre), debe presentar su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio de Seguro Social mensual (o Junta de Retiro Ferroviario).

¿Qué ocurre después?

Envíe el formulario completado y firmado a:

ATTN: MEMBERSHIP ACCOUNTING

Molina Healthcare

PO Box 22800

Long Beach, CA 90801

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

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Senior Whole Health al (844) 890-2228.

Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Según la ley de Reducción de Papeles (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, nadie está obligado a contestar una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB válido. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, además del 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 las estimaciones 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 elemento con su información personal (como reclamos, pagos, historial médico, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Se destruirá cualquier elemento recibido en el que no se mencione cómo mejorar este formulario o la responsabilidad de recopilación de este (descrita en OMB 0938-1378). No se guardará, revisará ni enviará al plan. Consulte “¿Qué ocurre después?” en esta página para enviar su formulario completado al plan.

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 Senior Whole Health al (844) 890-2228 (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 asistirle.

Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene una residencia permanente, puede considerar una casilla postal, una dirección de un refugio o una clínica, o bien la dirección donde recibe el correo (p. ej., cheques del Seguro Social) su dirección de residencia permanente.

Sección 1: Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que esté marcado como opcional)			
Seleccione el plan al que desea inscribirse: ☐ MA H2224-001 (HMO DSNP) \$0 por mes ☐ MA H2224-003 (HMO DSNP) \$0 por mes			
Nombre:		Apellido:	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (/ /)		Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer	
		Inicial del segundo nombre:	
Número de teléfono: ()			
Dirección de residencia permanente (no ingrese una casilla postal. Nota: Para personas sin hogar, una casilla postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite una casilla postal):			
Dirección postal:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Información del contacto de emergencia:			
Nombre:		Apellido:	
Número de teléfono:		Parentesco con usted:	
Su información de Medicare:			
Número de Medicare: - - - - - - - - - -			
Responda estas preguntas importantes:			
¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Senior Whole Health? ☐ Sí ☐ No			
Nombre de la otra cobertura: Número de miembro para esta cobertura: Número de grupo para esta cobertura: _____			
¿Está inscrito en el programa MassHealth (Medicaid) de su estado? ☐ Sí ☐ No			
Número de MassHealth (Medicaid): _____			

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en Senior Whole Health.
- Al inscribirme en Medicare Advantage, reconozco que Senior Whole Health compartirá mi información con Medicare, quien puede utilizarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recolección de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito(a) en un plan MA a la vez y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Senior Whole Health, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Senior Whole Health. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por Senior Whole Health que se incluyen en el documento “Evidencia de Cobertura” de Senior Whole Health (también conocido como contrato del miembro o contrato del suscriptor). Ni Medicare ni Senior Whole Health pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información suministrada en este formulario de inscripción es correcta, a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, cancelarán mi inscripción al plan.
- 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 comprendo el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada en virtud de las leyes estatales para completar esta inscripción.
 - 2) La documentación sobre esta autorización está disponible previa solicitud 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 el inscrito:

Sección 2: Todos los campos de esta sección son opcionales

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede denegar la cobertura si no los rellena.

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

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

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | |
|--|---|
| ☐ Indígena de los EE. UU. o nativa asiática de Alaska:
☐ India asiática
☐ China
☐ Filipina
☐ Japonesa
☐ Coreana
☐ Vietnamita
☐ Otra raza asiática | ☐ Negra o nativa afroamericana
Hawaiana o de otra isla del Pacífico:
☐ Guameña o chamorra
☐ Nativa de Hawái
☐ Samoana
☐ Otra raza de las Islas del Pacífico
☐ Caucásica
☐ Elijo no responder |
|--|---|

Seleccione una de las opciones a continuación si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

- ☐ Español

Seleccione una de las opciones si desea que le enviemos información en un formato accesible

- ☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Comuníquese con Senior Whole Health al (844) 890-2228 si necesita información en otro formato accesible que no se indique en la lista anterior. Nuestro horario de consultas es de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja? ☐ Sí ☐ No

¿Su esposo(a) trabaja? ☐ Sí ☐ No

Indique su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP), clínica o centro de salud:

¿Ya es miembro? ☐ Sí ☐ No

PCP Número NPI:

Grupo médico/nombre de la IPA:			
Dirección del PCP:			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione una o más opciones. ☐ Comunicaciones/documentos para el miembro Dirección de correo electrónico:			
Pago de la prima de su plan			
Cada mes, puede pagar la prima mensual del plan (que incluye cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda deber) por correo o transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, TEF). También puede elegir pagar su prima mensual por deducción automática de su beneficio del Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB). Si tiene que pagar una suma de ajuste mensual conforme a ingresos de la Parte D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA), debe pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. En general, este monto se deduce de su beneficio de Seguro Social, o usted puede recibir una factura de Medicare (o el RRB). NO pague a Molina Healthcare la IRMAA de la Parte D. Seleccione una opción de pago de prima: ☐ Recibir una factura ☐ Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social ☐ Deducción automática de su cheque mensual de beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)			
Solo para personas que ayudan al inscrito a completar este formulario			
Complete esta sección si es una persona (es decir, un agente de ventas, un agente de seguros, un asesor del SHIP, un familiar u otra tercera parte) que está ayudando a un inscrito a completar este formulario.			
Nombre: _____		Relación con el inscrito: _____	
Firma: _____		Número Nacional de Productor (Solamente agentes de venta/agentes de seguros): _____	
Representante autorizado/Uso exclusivo de la oficina:			
Nombre del empleado/agente de ventas/agente de seguros/representante autorizado (en caso de recibir asistencia con la inscripción): _____			
Fecha de vigencia de la cobertura: _____			
ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No elegible: _____			

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 realizar un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA), mejorar la atención médica y pagar los beneficios de Medicare. La sección 1851 de la Ley del Seguro Social y la sección 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), subsecciones 422.50 y 422.60, autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del sistema de registros (System of Records Notice, SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (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.