



FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que deseen unirse a un plan Medicare Advantage.

Para unirse a un plan, debe:

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

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

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- Parte B de Medicare (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 cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permite unirse 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 en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección y número de teléfono permanentes

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

Recordatorios:

- Si desea unirse a 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.

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

¿Qué ocurre después?

Envíe su formulario completado y firmado a:
Central Health Medicare Plan
PO Box 22800
Long Beach, CA 90801
Attention: Enrollment Department

Una vez que procesen su solicitud para unirse, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Central Health Medicare Plan al 1-866-314-2427. 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 Central Health Medicare Plan al 1-866-314-2427, 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 unirse a un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección en la que recibe el correo (por ejemplo, los cheques del seguro social) puede considerarse su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo estimado para completar esta información es de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la información recopilada. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de la(s) estimación(es) 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, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Cualquier elemento que recibamos que no esté relacionado con cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No será guardado, revisado ni enviado al plan. Consulte "¿Qué ocurre después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.



Sección 1 – Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Seleccione el plan al que desea unirse:

MAPD

- Central Health Classic Care Plan I (HMO) 027** (LA/OC/RS/SB/SD) \$0 por mes
- Central Health Classic Care Plan II (HMO) 028** (AL/CC/FR/IM/KE/KI/MA/PL/SA/SF/SJ/SM/SC/SO/ST/TU/YO) \$0 por mes
- Central Health Jade Plan (HMO) 022** (LA) \$0 por mes
- Central Health Medicare Plan (HMO) 001** (LA/OC/RS/SB) \$0 por mes
- Central Health Premier Plan I (HMO) 023** (AL/CC/FR/SF/SJ/SC/SO) \$0 por mes
- Central Health San Mateo Medicare Plan (HMO) 018** (SM) \$0 por mes
- Central Health Ventura Medicare Plan (HMO) 008** (VC) \$0 por mes

MA

- Central Health Valor Care Plan (HMO) 030** (FR/IM/KE/KI/LA/MA/OC/RS/SA/SB/SD/SF/SJ/SM/SC/TU) \$0 por mes

Savings de la Parte B

- Central Health Part B Savings Plan (HMO) 029** (LA/OC/RS/SB/SD) \$0 por mes
- Central Health Medicare Plan (HMO) 019** (LA/OC/RS/SB) \$0 por mes

C-SNP

- Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-1** (LA/OC/RS/SB/SD) \$0 por mes
- Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-2** (AL/CC/FR/IM/KE/KI/MA/PL/SA/SF/SJ/SM/SC/SO/ST/TU/YO) \$0 por mes
- Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 026-1** (LA/OC/RS/SB/SD) \$13.40 por mes
- Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 026-2** (AL/CC/FR/IM/KE/KI/MA/PL/SA/SF/SJ/SM/SC/SO/ST/TU/YO) \$13.40 por mes
- Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) 006** (AL/CC/FR/LA/OC/SB/SJ/SC) \$0 por mes

D-SNP

- Central Health Medi-Medi Plan I (HMO D-SNP) 002** (LA/RS/SA/SB/SD) \$13.60 por mes

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: (DD/MM/AAAA) ____/____/______ Sexo: Hombre Mujer Número de teléfono: (____) _____ - _____

Dirección de residencia permanente (No ingrese un apartado postal). Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse como su dirección de residencia permanente.):

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal, si es diferente a su dirección permanente (se permite apartado postal):

Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Su información de Medicare

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

Sección 1 – Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)**Responde estas preguntas importantes:**

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Central Health Medicare Plan? Sí No

Nombre de la otra cobertura: _____ Número de miembro para esta cobertura: _____ Número de grupo para esta cobertura: _____

¿Está inscrito en el programa estatal de Medicaid (Medi-Cal)? Sí No

Número de Medicaid (Medi-Cal): _____

Para ser elegible para Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-1, Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-2, Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 026-1, Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 026-2, o Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) 006, debe ser diagnosticado con una condición que califique.

¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes opciones? Marque todas las opciones que correspondan.

Diabetes Insuficiencia cardíaca congestiva Trastornos cardiovasculares

La herramienta de evaluación de calificación previa a la inscripción (PQAT) incluida en este formulario también debe completarse y enviarse con su formulario de inscripción.

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto el Hospital (Parte A) como el Médico (Parte B) para permanecer en Central Health Medicare Plan.
- Al unirme a este plan Medicare Advantage, reconozco que Central Health Medicare Plan compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para realizar 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 a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo inscribirme 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, MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Central Health Medicare Plan, debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Central Health Medicare Plan. Los beneficios y servicios proporcionados por Central Health Medicare Plan y contenidos en el documento de “Evidencia de Cobertura” de mi Central Health Medicare Plan (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) serán cubiertos. Ni Medicare ni Central Health Medicare Plan pagarán los beneficios o servicios que no sean cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el 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 comprendido el contenido de esta solicitud. Si la firma un representante autorizado (tal como se describe anteriormente), 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 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 afiliado:

Sección 2 – Todos los campos en esta sección son opcionales**Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura si no los completa.**

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

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

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

Indio americano o nativo de Alaska asiático:

- Indio asiático
 Chino
 Filipino
 Japonés
 Coreano
 Vietnamita
 Otro asiático

 Negro o afroamericano

Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico:

- Guameño o chamorro
 Native hawaiano
 Samoano
 Otro isleño del Pacífico
 Blanco
 Elijo no responder.

¿Cuál es su género? Seleccione una opción.

- Mujer Utilizo un término diferente: _____
 Hombre **Elijo no responder**
 No binario

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo se identifica? Seleccione una opción.

- Lesbiana o gay Utilizo un término diferente: _____
 Heterosexual, es decir, ni gay ni lesbiana No lo sé
 Bisexual **Elijo no responder**

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma distinto al inglés.

- Árabe Coreano
 Armenio Punjabi
 Camboyano Ruso
 Chino Español
 Farsi Tagalo
 Hmong Vietnamita

Sección 2 – Todos los campos en esta sección son opcionales

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Braille Letra grande CD de audio CD de datos

Para obtener la información en un formato accesible que no sea alguno de los indicados anteriormente, comuníquese con Central Health Medicare Plan al 1-866-314-2427 (TTY: 711). Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora del Pacífico, los 7 días a la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).

¿Usted trabaja? Sí No

¿Su cónyuge trabaja? Sí No

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

¿Usted es miembro actual? Sí No

N.º de NPI del PCP:

Grupo médico/Nombre IPA:

Dirección del PCP:

Ciudad:

Condado:

Estado:

Código postal:

Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico.

Comunicación/Documentos para miembros

Dirección de correo electrónico: _____

Pago de la prima de su plan

Puede pagar la prima de su plan mensual (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que deba) por correo o por Transferencia de fondos electrónicos (EFT) todos los meses. **También puede optar por pagar su prima al retirarla automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de su Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) cada mes. Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan.** Por lo general, el monto se deduce del beneficio de su Seguro Social, o puede recibir una factura de Medicare (o del RRB). NO le pague a Central Health Medicare Plan la Parte D-IRMAA.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá un recibo cada mes.

Seleccione una opción de pago de prima:

Recibir una factura

Deducir automáticamente de su cheque mensual del beneficio del Seguro Social

Deducir automáticamente de su cheque mensual del beneficio de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

Pago por EFT

Nombre del titular de la cuenta: _____ Tipo de cuenta: Corriente Ahorros

Número de cuenta bancaria: _____ Número de ruta bancaria: _____

Solo para personas que ayuden al afiliado a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores de SHIP, familiares u otros terceros) que ayuda a un afiliado a completar este formulario.

Nombre: _____ Relación con el afiliado: _____

Firma: _____ Número de productor nacional (solo agentes/corredores): _____

Los agentes pueden enviar por fax los formularios de inscripción completos y los documentos asociados al **1-844-541-6848**. La fecha de recepción de la inscripción se utilizará para determinar el período de elección en el que se realizó la solicitud, lo que a su vez determinará la fecha de vigencia de la cobertura.

Solo para uso del representante con licencia/oficina

Nombre del miembro del personal/agente/corredor/representante con licencia (si recibió asistencia en la inscripción):

Fecha de vigencia de la cobertura: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ OEP: _____ SEP: _____ LIS: _____ NO ES ELIGIBLE: _____

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", N.º de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.