

## Lista de verificación antes de la inscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción es importante que entienda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un representante de servicio al cliente al 1-866-314-2427 (TTY:711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

### Entienda los beneficios

- La Evidencia de Cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite [www.centralhealthplan.com](http://www.centralhealthplan.com) o llame al 1-866-314-2427, TTY 711 para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos que usted ve ahora están en la red. Si no están en la lista, significa que posiblemente tendrá que elegir otro médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta está en la red. Si la farmacia no está mencionada, posiblemente tendrá que elegir otra farmacia para surtir sus recetas.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

### Entienda las reglas importantes

- Además de la prima mensual de su plan, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Generalmente, esta prima se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes. Si se inscribe en Central Health Focus Pan (HMO SNP) o Central Health Savings Plan (HMO), será elegible para una cantidad reducida de la prima de la Parte B.
- Los beneficios, primas o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024. Excepto en una situación de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no están en el directorio de proveedores)
- Si se inscribe en Central Health Focus Plan (HMO C-SNP), tenga en cuenta que este plan es un plan para necesidades especiales por una condición crónica (C-SNP). Su capacidad de inscribirse estará basada en la verificación de que tiene una condición crónica que lo discapacite o grave específica que hace que califique.
- Si se inscribe en Central Health Ventura Medi-Medi Plan (HMO D-SNP), tenga en cuenta que este es un plan para necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP). Su capacidad de inscripción estará basada en la verificación de si tiene derecho a Medicare y a la asistencia médica de un plan estatal según Medicaid.
- Efecto en la Cobertura Actual. Su cobertura de atención médica actual finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare. Por ejemplo, si está en Tricare o en un plan de Medicare, ya no recibirá los beneficios de ese plan una vez que comience su nueva cobertura.

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA  
INSCRIBIRSE EN UN PLAN ADVANTAGE DE MEDICARE (PARTE C)****¿Quién puede utilizar este formulario?**

Personas con Medicare que quieran unirse a un plan de 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 ambos:

- Medicare Parte A (Seguro de Hospital).
- 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 cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En determinadas situaciones en las que se le 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 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 porque no los completa solicitud de inscripción.

**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 completo 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 Ferrocarril).

**¿Qué pasa después?**

Envíe su formulario completo y firmado a:  
Central Health Medicare Plan  
PO Box 14248  
Orange, CA 92863  
Atención: Departamento de Inscripción  
Fax: 626-388-2371

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 711.  
O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar 1-877-486-2048.

**Personas sin hogar**

- Si quieres unirte a un plan pero no tienes residencia permanente, un apartado de correos, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección en la que recibe el correo (por ejemplo, los cheques de la seguridad 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 OMB válido. El número de control de la OMB 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, incluida la 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 acerca de la precisión 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 artículo que obtengamos que no trata sobre cómo mejorar este formulario o su carga de cobro (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se guardará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede 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:**

- Central Health Medicare Plan (HMO) 001** (LA/SB/RS/OC) \$0 por mes
- Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) 006** (FR/SC/AL/CC/SJ/LA/SB/OC) \$0 por mes
- Central Health Savings Plan (HMO) 019** (LA/SB/RS/OC) \$0 por mes
- Central Health Premier Plan I (HMO) 020-1** (LA/SC/SJ/FR/AL/CC) \$0 por mes
- Central Health Premier Plan I (HMO) 020-2** (SB/RS/OC) \$41 por mes
- Central Health Premier Plan II (HMO) 021-1** (SB/RS/OC) \$0 por mes
- Central Health Premier Plan II (HMO) 021-2** (LA/SC/SJ/FR/AL/CC) \$41 por mes
- Central Health Ventura Medicare Plan (HMO) 008** (VC) \$0 por mes
- Central Health Ventura Medi-Medi Plan (HMO D-SNP) 009** (VC) \$41 por mes
- Central Health San Mateo Medicare Plan (HMO) 018** (SM) \$0 por mes

Apellido:	Nombre:	Inicial:
-----------	---------	----------

Fecha de Nacimiento: (MM DD AAAA) __/__/____	El sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de Teléfono de su Hogar: (____) ____ - ____	Número de teléfono celular: (____) ____ - ____
----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	---------------------------------------------------

**Domicilio de su Residencia Permanente: (caja postal no es permitida)**

Ciudad:	Condado:	Estado:	Código Postal:
---------	----------	---------	----------------

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

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
------------	---------	---------	----------------

**Su información de Medicare:**

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

**Responde estas preguntas importantes**

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

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_ # de ID de la cobertura: \_\_\_\_\_ # de grupo de la cobertura: \_\_\_\_\_

¿Está usted inscrito en el programa de Medicaid (Medi-Cal) de su Estado?  Sí  No  
Si responde "Sí", favor de proporcionar su número de Medi-Cal:

Número de identificación de Medicaid: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento de Medicaid: \_\_\_\_\_

¿Usted tiene una Enfermedad Cardiovascular, Insuficiencia Cardíaca Crónica, y/o Diabetes?  Sí  No

**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 Medicare Advantage Plan, 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, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan. (se aplican excepciones a los planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Central Health Medicare Plan, debo obtener 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) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Central Health Medicare Plan pagarán los beneficios o servicios que no estén 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 (como se describe arriba), 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 a pedido de Medicare.

**Firma:****Fecha:****Si usted es el representante autorizado, tiene que firmar arriba y proporcionar la información siguiente:**

Nombre:

Domicilio:

Numero de Teléfono:

Relación con la persona inscrita:

**Sección 2 - Todos los campos son opcionales****Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no los completa.**

¿Es usted hispano, latino o de origen español? Seleccione todo lo que corresponda.

- |                                                                        |                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No, no es de origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano/a |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño                            | <input type="checkbox"/> Sí, cubano                                  |
| <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español     | <input type="checkbox"/> <b>Decido no contestar.</b>                 |

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

- |                                                             |                                                      |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano       |
| Asiático:                                                   | Nativo de Hawái y de las islas del Pacífico:         |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático                     | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro          |
| <input type="checkbox"/> Chino                              | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai             |
| <input type="checkbox"/> Filipino                           | <input type="checkbox"/> Samoano                     |
| <input type="checkbox"/> Japonés                            | <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico  |
| <input type="checkbox"/> Coreano                            | <input type="checkbox"/> Blanco                      |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita                         | <input type="checkbox"/> <b>Decido no contestar.</b> |
| <input type="checkbox"/> Otro asiático                      |                                                      |

**Sección 2 - Todos los campos son opcionales**

¿Cuál es su idioma preferido? \_\_\_\_\_

Seleccione uno si desea que le enviemos información en un idioma distinto del inglés.

 Inglés  Chino  Vietnamita  Coreano

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

 Braille  Letra grande  CD de audio

Favor de comunicarse con Central Health Medicare Plan al 1-866-314-2427 si necesita información en otro formato o idioma aparte de los indicados arriba. Nuestras horas de oficina son los 7 días a la semana, 8:00 AM - 8:00 PM (Usuarios de TTY deben llamar al 711)

¿Usted trabaja?  Sí  No¿Trabaja su esposo/a?  Sí  No**Por favor elija el nombre de un Medico de Asistencia Primaria y Grupo Medico:**

Nombre del Medico:

Nombre de Grupo Medico:

Número de Identificación del Medico#:  Paciente existente**Por favor elija el nombre de un Proveedor de Delta Care USA:**

Nombre del Dentista o Nombre de la Clínica Dental:

Número de Identificación de la Clínica:

Ciudad:

**Pagando su Prima del Plan**

Puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que deba) por correo todos los meses. **También puede optar por pagar su prima al retirarla automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de su Pensión de Retiro Ferrocarril (RRB) cada mes.**

**Si tiene que pagar una Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan.** Por lo general, el monto se deduce de su beneficio del Seguro Social o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO le pague a Central Health Medicare Plan la Parte D-IRMAA.

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

Favor de seleccionar un método para pagar su prima:

 Prefiero recibir una cuenta mensual Deducción automática de su cheque del Seguro Social o su Pensión de Retiro de Ferrocarril (RRB) cada mes. Seguro Social  RRB**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 de Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

**Atestiguación de Elegibilidad para el Periodo de Inscripción**

Normalmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el periodo de inscripción anual entre octubre 15 y diciembre 7 cada año. Hay excepciones que tal vez lo dejen inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este periodo.

Favor de leer las declaraciones siguientes cuidadosamente y marque la caja si la declaración aplica a usted. Al marcar alguna de las siguientes cajas usted está certificando que, como usted lo recuerda, usted es elegible para un Periodo de Inscripción. Si determinamos después que esta información es incorrecta, tal vez terminen su membresía.

- Soy nuevo a Medicare.
- Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Recientemente me cambie fuera de la área de servicio de mi plan actual o recientemente me cambie y este plan es una opción nueva para mi. Me cambie en (Insertar fecha) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- Recientemente he sido liberado del encarcelamiento. Yo fui liberado en (Insertar fecha) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- Recientemente regrese a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos. Regrese a los Estados Unidos en (Insertar fecha) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- Recientemente he obtenido el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Tengo este estatus desde (Insertar fecha) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente recibí Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia, o perdí Medicaid) en (Insertar fecha) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente recibí Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia, o perdí Medicaid) en (Insertar 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 Ayuda adicional) en (Insertar fecha) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- Me estoy mudando a, vivo en, o recientemente me mude fuera de un Establecimiento de Cuidado a Largo Plazo (por ejemplo, un hogar para personas mayores o un establecimiento de cuidado a largo plazo.) Me mude/me mudare a/fuera del establecimiento en (Insertar fecha) Desde \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ A \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- Recientemente deje un programa de PACE en (Insertar fecha) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- Recientemente perdí mi cobertura de medicamentos recetados (cobertura digna a la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos en (Insertar fecha) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- Estoy dejando la cobertura de mi empleador o unión en (Insertar fecha) Desde \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proveído por mi estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Fui inscrito en un plan por Medicare (o mi estado) y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó en (Insertar fecha) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- Yo estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP), pero he perdido la calificación de las necesidades especiales para estar en el plan. Yo he estado dado de baja del SNP en (Insertar fecha) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

**Atestiguación de Elegibilidad para el Periodo de Inscripción**

- Fui afectado por una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones aquí se aplica a mí, pero no pude inscribirme solicitud debido al desastre. Período electoral perdido debido a un incidente relacionado con FEMA: \_\_\_\_\_

Si ninguna de estas declaraciones aplican a usted o usted no está seguro, favor de ponerse en contacto con Central Health Medicare Plan al 1-866-314-2427 (Usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si usted es elegible para inscribirse. Estamos abiertos los 7 días a la semana 8:00 AM - 8:00 PM.

**Preferencias de comunicación**

**Dirección de correo electrónico (opcional):** \_\_\_\_\_

Al proporcionarnos su correo electrónico, usted está dando su consentimiento para que el plan envíe correos electrónicos personalizados directamente relacionados con su atención médica o plan de salud.\*

\*Puede optar por no participar en cualquier momento.

**Optar por materiales electrónicos:** Envíenme los materiales de mi plan de salud en formato electrónico:

- Evidencia de cobertura       Formulario  
 Directorio de proveedores       Otros materiales requeridos

**¿Cuál es el número de teléfono celular en el que desea recibir mensajes de texto? (Opcional)**

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Al proporcionarnos su número de teléfono celular, usted está dando su consentimiento para que el plan envíe mensajes personalizados directamente relacionados con su atención médica o plan de salud. Esto puede incluir información sobre beneficios e información sobre salud y bienestar.\*

\*Puede optar por no participar en cualquier momento. Las tarifas de mensajes y datos pueden aplicarse a SMS.

**Agent / Broker Information:**

Please Read and Sign Below:

- I am licensed and certified by Central Health Medicare Plan to market and sell the plan
- I have provided a complete and accurate explanation to the beneficiary of the plan's eligibility requirements, benefits, and restrictions, with particular emphasis on the beneficiary's needs
- I have reviewed the application in its entirety to ensure that all fields are complete and accurate to my knowledge

**Name of Agent / Broker (if assisted in enrollment):** \_\_\_\_\_

FMO (if applicable): \_\_\_\_\_

**Agent / Broker Signature (if assisted in enrollment):** \_\_\_\_\_

CA Insurance License No: \_\_\_\_\_ National Producer Number (NPN): \_\_\_\_\_

**Application Received Date:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Proposed Effective Date:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Please note: Completed applications must be faxed to Enrollment Department at 626-388-2371 within 24 hours of receipt by the broker.**

**Central Health Medicare Plan Office Use Only**

Effective Date of Coverage: \_\_\_\_\_

ICEP/IEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ OEP: \_\_\_\_\_ SEP: \_\_\_\_\_ LIS: \_\_\_\_\_ NOT ELIGIBLE: \_\_\_\_\_