

Formulario de solicitud de inscripción individual 2027 para inscribirse en un plan de Medicare Advantage

¿Quién puede usar este formulario?

Beneficiarios de Medicare que desean inscribirse en un Plan Medicare Advantage

Para inscribirse en un plan, usted debe cumplir con los siguientes requisitos:

- 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, usted también debe contar con los siguientes dos beneficios:

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

¿Cuándo uso este formulario?

Momentos en que puede inscribirse en un plan:

- Del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año (para obtener cobertura a partir del 1.º de enero).
- Dentro de los 3 meses posteriores a la fecha en que empezó a recibir Medicare.
- 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 permanente y número de teléfono.

Nota: Debe completar todos los puntos de la Sección 1.

Los puntos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado a más tardar el 7 de diciembre.

¿Qué sucede a continuación?

Envíe su formulario completado y firmado a la siguiente dirección:

Community Health Choice
Attn: Medicare Enrollment (Inscripción en Medicare)
PO Box 301413
Houston, TX 77230-9920

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

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Community Health Choice 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 al 1-833-276-8306/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español; un representante estará disponible para asistirlo.

Personas en situación de indigencia

- Si desea inscribirse en un plan pero no tiene una residencia permanente, se puede considerar como su dirección de residencia permanente un apartado postal (P.O. Box), la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe su correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social).

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información a menos que esta 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 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de la(s) estimación(es) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: 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 otro elemento con sus datos personales (como reclamos, pagos, historias clínicas, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA (PRA Reports Clearance Office). Cualquier documento que recibamos que no esté relacionado con la forma de mejorar este formulario o la carga de recopilación de información (descrita en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte la sección "¿Qué sucede a continuación?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Sección 1: Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que se indique como opcional)			
Seleccione el plan al que desea inscribirse: ☐ Community DualCare Access (HMO D-SNP) 003 Región de Harris – \$0 por mes ☐ Community DualCare Access (HMO D-SNP) 004 Región de Jefferson – \$0 por mes ☐ Community DualCare Aligned Integrated (HMO D-SNP) 005 Condado de Harris – \$0 por mes ☐ Community DualCare Access (HMO D-SNP) 006 Condado de Harris – \$0 por mes ☐ Community DualCare Access (HMO D-SNP) 007 Región de Harris – \$0 por mes			
Nombre:	Apellido:	Inicial del 2.º nombre:	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (/ /)	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Número de teléfono: ()	
Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal). Nota: Para las personas en situación de calle, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite apartado postal):			
Dirección:			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Su información de Medicare:			
Número de Medicare: _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _			
Responda estas preguntas importantes:			
¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de Community? ☐ Sí ☐ No			
Nombre de la otra cobertura:	Número de miembro de dicha cobertura:	Número de grupo para dicha cobertura:	
¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? ☐ Sí ☐ No			
En caso afirmativo, indique su número de Medicaid: _____			

Responda estas preguntas importantes (continuación):

Lea detenidamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, según su leal saber y entender, es elegible para un Período de Inscripción. Si posteriormente determinamos que esa información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- ☐ Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o hace poco me mudé y dispongo de nuevas alternativas. Me mudé el (ingrese la fecha) _____.
- ☐ Hace poco me liberaron de la cárcel. Me liberaron el (ingrese la fecha) _____.
- ☐ Hace poco regresé a los Estados Unidos después de vivir de manera permanente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (ingrese la fecha) _____.
- ☐ Hace poco obtuve estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve dicho estatus el (ingrese la fecha) _____.
- ☐ Recientemente hubo un cambio en mi Medicaid (acaba de obtener Medicaid, cambió el nivel de asistencia de Medicaid o perdió Medicaid) el (ingrese la fecha) _____.
- ☐ Recientemente hubo un cambio en mi ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (acaba de obtener ayuda adicional, cambió el nivel de ayuda adicional o perdió ayuda adicional) el (ingrese la fecha) _____.
- ☐ Tengo Medicare y recibo los beneficios completos de Medicaid. Deseo inscribirme o cambiarme a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de cuidado administrado de Medicare y Medicaid (llamado plan para necesidades especiales con doble elegibilidad [D-SNP] integrado).
- ☐ Hace poco cancelé mi inscripción en un programa PACE el (ingrese la fecha) _____.
- ☐ Voy a mudarme a un centro de atención a largo plazo, vivo en uno o recientemente me mudé de uno (por ejemplo, una residencia de ancianos o un centro de cuidado a largo plazo). Me mudé/me mudaré a/desde el centro el (ingrese la fecha) _____.
- ☐ Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura de medicamentos con receta acreditable (tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (ingrese la fecha) _____.
- ☐ Voy a cancelar mi inscripción en la cobertura de empleador o sindicato el (ingrese la fecha) _____.
- ☐ Estoy en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado o estoy perdiendo la ayuda de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica el (ingrese la fecha) _____.
- ☐ Mi plan terminará su contrato con Medicare o Medicare terminará su contrato con mi plan el (ingrese la fecha) _____.
- ☐ Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan, y deseo elegir uno diferente. Mi inscripción en dicho plan comenzó el (ingrese la fecha) _____.
- ☐ Estuve inscrito en un Plan para Necesidades Especiales (SNP), pero ya no cumplo con los requisitos de necesidades especiales necesarios para continuar en dicho plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (ingrese la fecha) _____.
- ☐ Me vi afectado por una emergencia o una gran catástrofe (tal como lo declaró la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA] o una entidad

gubernamental federal, estatal o local). Una de las otras declaraciones mencionadas aquí se aplicaba a mi caso, pero no pude inscribirme debido a la catástrofe.

☐ Califico para un período de elección especial porque _____.

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la médica (Parte B) para permanecer en Community DualCare Aligned (HMO D-SNP) o en Community DualCare Access (HMO D-SNP).
- Al inscribirme en este plan de Medicare Advantage, soy consciente de que Community Health Choice compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, efectuar pagos y 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 estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en ese 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 Community DualCare Aligned (HMO D-SNP) o de Community DualCare Access (HMO D-SNP), debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta a través de Community Health Choice. Los beneficios y servicios proporcionados por Community DualCare Aligned (HMO D-SNP) o por Community DualCare Access (HMO D-SNP) e incluidos en mi documento sobre evidencia de cobertura ("Evidence of Coverage") (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Community Health Choice pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información incluida en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Comprendo que, si proporciono información falsa en este formulario de manera intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud indica que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si un representante autorizado (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica lo siguiente:
 - 1) Esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal para completar esta inscripción.
 - 2) La documentación que acredita dicha autorización se encuentra disponible a 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 de esta sección son opcionales

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no las complete.

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

- ☐ N/A
☐ Español
☐ Vietnamita (Tiếng Việt)

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

- ☐ Braille
☐ Letras grandes
☐ CD de audio
☐ CD de datos
☐ Ninguno de los anteriores

Comuníquese con Community Health Choice llamando al 1-833-276-8306 si necesita información en un formato accesible diferente a los mencionados arriba. Nuestro horario de atención es: del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y del 1 de abril al 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

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

Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o más.

- ☐ Evidencia de cobertura (EOC)
☐ Directorio de proveedores
☐ Lista de medicamentos (formulario)

Solo para personas que ayudan al afiliado a completar este formulario

Complete esta sección si usted es una persona (es decir, agentes, corredores, consejeros del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud [SHIP], familiares u otros terceros) que ayuda a una persona inscrita a completar este formulario.

Nombre:

Relación con el afiliado:

Firma:

NPN del corredor (solo agentes/corredores):

Solo para uso de la oficina

Nombre del miembro del personal/agente/corredor (si ayudó con la inscripción):

NPN del corredor: _____ **N.º de identificación del plan:** _____

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 (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer seguimiento a la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Los artículos 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) y el Título 42, partes 422.50 y 422.60 del CFR autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar los datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema N.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.

H9826_EN_10756_062926_C