

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

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un Plan Medicare Advantage

Para inscribirse al plan, usted tiene que:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o encontrarse legalmente en el país
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para inscribirse en un Plan Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs, también debe tener:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)
- Medi-Cal (el seguro de Medicaid del estado de California para personas con bajos ingresos)

¿Cuándo se usa este formulario?

- Puede inscribirse en un plan:
- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para iniciar la cobertura el 1 de enero)
- En un plazo de tres meses desde la primera vez que obtuvo Medicare
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse 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 llenar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su domicilio permanente y número de teléfono

Nota: Debe llenar todos los campos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales (no se le puede denegar la cobertura por no llenarlos).

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante las inscripciones abiertas de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan tiene que recibir su formulario lleno antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que los pagos de la prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación para Ferrovianos).

¿Qué sigue?

Envíe su formulario lleno y firmado a:
IEHP DualChoice (HMO D-SNP)
P.O. Box 1800
Rancho Cucamonga
CA, 91729-1800

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

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a IEHP DualChoice al **1-800-741-IEHP (4347)**. 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 IEHP DualChoice al **1-800-741-IEHP (4347)**/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 que actualmente no tienen hogar

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

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 se muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para llenar esta información es, en promedio, de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la información recopilada. Si tiene comentarios relacionados con la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, por favor, 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 otro tipo de documento con sus datos personales (como reclamos, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA). Todo lo que recibamos que no se relacione con cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación de información (descrita en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni remitirá al plan. Vea "¿Qué sigue?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) con un contrato con Medicare. La inscripción en IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.

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

Seleccione el plan al que desea unirse:

☐ IEHP DualChoice (HMO D-SNP) - \$0 por mes

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

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

Domicilio de residencia permanente (No introduzca un apartado postal. Nota: Para las personas que actualmente no tienen hogar, un apartado postal puede considerarse su domicilio de residencia permanente.):

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

Domicilio postal, si es diferente de su domicilio de residencia permanente (se permite un apartado postal):

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Su información de Medicare:

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

Responda estas importantes preguntas:

¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos recetados (como VA o TRICARE) además de la de IEHP DualChoice? ☐ Sí ☐ No

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

Los planes Dual Special Needs (HMO D-SNP) son para quienes califican para Medicare y Medicaid. Al inscribirse en este plan, usted entiende que debe permanecer inscrito en el programa Medicaid de su estado para seguir siendo elegible para este plan.

- 1) ¿Está inscrito en el programa Medicaid (Medi-Cal) de su estado? ☐ Sí ☐ No
- 2) Si la respuesta es "Sí", proporcione su número de índice de cliente (Client Index Number, CIN) de Medicaid de nueve dígitos: _____

IMPORTANTE: Lea y firme lo siguiente.

- Debo mantener tanto la Parte A (hospitalaria) como la Parte B (médica) para permanecer en IEHP DualChoice.
- Al unirme a este Plan Medicare Advantage, entiendo que IEHP DualChoice compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (vea la declaración de la Ley de Privacidad más adelante). Sus respuestas a este formulario son voluntarias. Sin embargo, la inscripción al plan se puede ver afectada si no responde.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez y que la inscripción en este plan pondrá fin automáticamente a mi inscripción en cualquier otro plan MA (se aplican excepciones para los planes privados de cuota por servicios [Private Fee-For-Service, PFFS] y los planes de cuenta de ahorros médicos [Medical Savings Account, MSA] de MA).
- Entiendo que al comenzar mi cobertura de IEHP DualChoice, debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados por parte de IEHP DualChoice. Se cubrirán los beneficios y los servicios proporcionados por IEHP DualChoice, los cuales están en mi documento de "Evidencia de Cobertura" de IEHP DualChoice (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni IEHP DualChoice pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Según mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que, si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción al plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente para actuar en mi nombre) en esta solicitud da por sentado que he leído y entendido el contenido de la solicitud. Si la firma es de un representante autorizado (como se describe anteriormente), la firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada conforme a la ley estatal para llenar esta inscripción, y
 - 2) La documentación de esta autorización está disponible en caso de que Medicare la solicite.

Firma: _____ **Fecha de hoy:** _____

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y llene estos campos:

Nombre: _____ Domicilio: _____

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 denegar la cobertura por no responderlas.

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

☐ Español ☐ Chino ☐ Vietnamita

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

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

Por favor, comuníquese con IEHP DualChoice al **1-800-741-IEHP (4347)** si necesita información en un formato accesible que no esté incluido arriba. Nuestro horario de oficina es de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluyendo los días festivos. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.

¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No

¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

Indique el nombre de su Proveedor de Cuidado Primario (Primary Care Provider, PCP), clínica o centro de salud:

Únicamente para las personas que ayudan al afiliado a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (por ejemplo, agente, corredor, asesor del Programa de Seguro Médico Estatal [State Health Insurance Program, SHIP], familiar u otro tercero) que ayuda a un afiliado a llenar este formulario.

Nombre: _____ Relación con el afiliado: _____

Firma: _____ Número Nacional de Productor (solo agentes y corredores): _____

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 hacer 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 el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), secciones 422.50 y 422.60, autorizan la obtención de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar los datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare tal y como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Sistema de Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", número 09-70-0588. Sus respuestas a este formulario son voluntarias. Sin embargo, la inscripción al plan se puede ver afectada si no responde.

Declaración de elegibilidad para un periodo de inscripción

Normalmente, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el periodo de inscripción anual que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este periodo.

Lea atentamente los siguientes enunciados y marque la casilla si el enunciado es cierto para usted. Al marcar cualquiera de las casillas siguientes, usted certifica que, según su leal saber y entender, es elegible para un periodo de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, se le podrá cancelar la inscripción.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).
- ☐ Me mudé recientemente fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y tengo nuevas opciones disponibles. Me mudé el (insertar fecha) _____.
- ☐ Salí recientemente de la cárcel. Salí el (insertar fecha) _____.
- ☐ Regresé recientemente a Estados Unidos después de vivir de forma permanente en el extranjero. Regresé a Estados Unidos el (insertar fecha) _____.
- ☐ Obtuve recientemente el estatus para estar de forma legal en Estados Unidos. Obtuve este estatus el (insertar fecha) _____.
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid por primera vez, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (insertar fecha) _____.
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (obtuve Ayuda adicional por primera vez, tuve un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el (insertar fecha) _____.
- ☐ Tengo Medicare y recibo todos los beneficios de Medicaid. Quiero inscribirme o cambiarme a un plan que coordine la cobertura de mis planes de atención médica coordinada de Medicare y Medicaid (conocido como Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad [Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP] integrado).

- ☐ Me estoy mudando a un centro médico de atención a largo plazo (por ejemplo, un centro de cuidados para adultos mayores o un centro médico de atención a largo plazo), vivo en uno o me mudé recientemente de uno. Me mudé/me mudaré al/del centro el (insertar fecha) _____.
- ☐ Recientemente salí de un Programa de Cuidados para Adultos Mayores - Todo Incluido (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) el (insertar fecha) _____.
- ☐ Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (una cobertura equiparable a la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (insertar fecha) _____.
- ☐ Dejaré la cobertura de mi empleado o sindicato el (insertar fecha) _____.
- ☐ Estoy inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado o voy a perder la ayuda de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica.
- ☐ Mi plan va a finalizar su contrato con Medicare o Medicare va a finalizar su contrato con mi plan.
- ☐ Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir otro. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha) _____.
- ☐ Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) pero dejé de cubrir los requisitos de necesidades especiales requeridos para estar en ese plan. Me cancelaron la inscripción en el SNP el (insertar fecha) _____.
- ☐ Me vi afectado por una emergencia o un desastre grave, declarado por la Agencia Federal para la Gestión de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Uno de los otros enunciados de aquí se aplicaba a mí, pero no pude hacer mi solicitud de inscripción debido al desastre.

Si ninguno de estos enunciados se aplica a usted o no tiene la certeza de ello, comuníquese con IEHP DualChoice al **1-800-741-IEHP (4347)** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para ver si es elegible para inscribirse. Nuestro horario es de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.