

ELITE HEALTH PLAN

Anexo 1: MODELO DE FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C) O EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE (PARTE D)

¿Quiénes pueden utilizar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un Plan Medicare Advantage o en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

Para inscribirse en un plan, debe:

- 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, también debe tener:

- Parte A de Medicare (seguro de hospital)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

Importante: Para inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, también debe tener uno de los dos, o ambos:

- Parte A de Medicare (seguro de hospital)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo utilizar 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 siguientes a la fecha en que empezó a recibir Medicare.
- En ciertas 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 información necesita para llenar 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 llenar todos los campos de la sección 1. Los campos de la sección 2 son opcionales; no se le puede denegar la cobertura por no llenarlos.

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 cumplimentado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que le deduzcan el pago de la prima de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Trabajadores Ferroviarios).

¿Cuál es el siguiente paso?

Envíe el formulario completado y firmado a:
Elite Health Plan
P.O. Box 1489
Orange, CA 92856

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

¿Cómo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Elite Health Plan al 800-958-1129. 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 Elite Health Plan al 800-958-1129 / TTY al 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 residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un albergue o clínica, o la dirección donde recibe correspondencia (por ejemplo, los cheques del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona estará obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba 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 necesario para completar esta información es de aproximadamente 20 minutos en promedio por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de los tiempos estimados 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 reclamaciones, pagos, historiales médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Todo elemento que se reciba que no sea sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni reenviará al plan. Consulte la sección "¿Cuál es el siguiente paso?" en esta página para enviar su formulario cumplimentado al plan.

Sección 1. Todos los campos de esta página son obligatorios (salvo que estén marcados como opcionales)			
Seleccione el plan al que desea inscribirse:			
☐ Elite Health Plan Signature HMO – \$0 por mes		☐ Elite Health Plan Core HMO – \$0 por mes	
NOMBRE:		APELLIDO: [Optional: Inicial del segundo nombre]:	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (/ /)		Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer	Número de teléfono:
Dirección de residencia permanente (no indique un apartado postal. Nota: En el caso de las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):			
Ciudad:	[Optional: Condado]:	Estado:	Código Postal:
Dirección postal, si es diferente de la dirección permanente (se permite apartado postal):			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Su información de Medicare:			
Número de Medicare: - - - - - - - - - -			
Responda estas preguntas importantes:			
¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Elite Health Plan? ☐ Sí ☐ No			
Nombre de la otra cobertura:	Número de miembro en esta cobertura:	Número de grupo de esta cobertura:	
_____	_____	_____	
IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:			
• Debo mantener tanto la cobertura de hospital (Parte A) como la médica (Parte B) para permanecer en Elite Health Plan. • Debo mantener la cobertura de hospital (Parte A) o la médica (Parte B) para permanecer en Elite Health Plan. • Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage [o Plan de Medicamentos Recetados de Medicare], reconozco que Elite Health Plan compartirá mi información con Medicare, que podrá utilizarla para dar seguimiento a mi inscripción, para efectuar pagos y para otros fines permitidos por la legislación 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. No obstante, la falta de respuesta puede afectar su inscripción en el plan. • Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA o Parte D a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA o Parte D (aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA). • [MA plans insert: Entiendo que cuando comience mi cobertura de Elite Health Plan, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Elite Health Plan. Los beneficios y servicios proporcionados por Elite Health Plan, y contenidos en mi documento "Evidencia de cobertura" de Elite Health Plan, (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Elite Health Plan, pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos]. • La información contenida en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si intencionadamente proporciono información falsa en este formulario, me darán de baja del 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 entiendo el contenido de esta. Si está firmada por un representante autorizado (según lo descrito anteriormente), esta firma certifica que: 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y 2) La documentación de esta autorización está disponible a petición de Medicare.			
Firma:		Fecha de hoy:	
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y llene estos campos:			
Nombre:		Dirección:	
Número de teléfono:		Parentesco con el afiliado:	

Sección 2. Todos los campos de esta sección son opcionales.

Usted decide si desea responder estas preguntas. No se le puede denegar la cobertura por no responderlos.

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

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

____ Braille ____ Letra grande ____ CD de audio ____ CD de datos

Póngase en contacto con Elite Health Plan en el 1-800-958-1129 si necesita información en un formato accesible distinto de los indicados anteriormente. Nuestro horario de oficina es: Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico. Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestros representantes están disponibles los siete días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, excepto los principales días festivos de fin de año.. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja usted? ☐ Sí ☐ No

¿Trabaja su cónyuge? ☐ Sí ☐ No

Indique su médico de cabecera (PCP), clínica o centro de salud: _____

¿Actualmente eres un paciente de este médico? ☐ Sí ☐ No

Grupo médico: _____

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

____ Materiales anuales (que no se requieren por correo) ____ comunicaciones generales

Dirección de correo electrónico:

Pago de las primas de su plan

Si determinamos que tienes una penalización por inscripción tardía (o si actualmente tienes una penalización por inscripción tardía), puedes pagar por correo cada mes, trimestralmente o anualmente. **También puede optar por pagar la prima descontándola automáticamente cada mes de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Trabajadores Ferroviarios (RRB)].**

Si tiene que pagar un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con Ingresos de Parte D (Part D-IRMAA), debe pagar esta cantidad extra además de su prima del plan. NO pague a Elite Health Plan el Part D-IRMAA.

Si no seleccionas una opción de pago, recibirás una factura cada mes. Por favor selecciona una opción de factura premium:

____ Cheque ____ autodeducción de: ____ Social Security ____ RRB

Sólo para individuos que ayudan al afiliado a completar este formulario

Complete esta sección si es un individuo (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: _____

Número de Productor Nacional (Sólo Agentes/Corredores): _____

ID del agente: _____

Firma: _____ Fecha de hoy: ____/____/20____

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para dar 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 y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, revelar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare tal y como se especifica en la Notificación del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Número de Sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. No obstante, la falta de respuesta puede afectar su inscripción en el plan.

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

Por favor, lea cuidadosamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted está certificando que, según su mejor conocimiento, es elegible para un Período de Inscripción. Si más tarde determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se le excluya.

Nota: los códigos son solo para uso interno (OEC/MARx).

- ☐ Período de Elección Anual. *[AEP-A]*
- ☐ Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage. *[OEP/MAOEP-M]*
- ☐ Soy nuevo en Medicare. *[NEW/ETC-E(IEP)]*
- ☐ Soy nuevo en Medicare y me notificaron sobre cómo obtener Medicare después de que comience mi cobertura de Parte A y/o Parte B. *[RET/32]*
- ☐ Ya tengo el Hospital (Parte A) y recientemente me inscribí en Médico (Parte B). Quiero unirme a un Plan de Ventaja de Medicare. *[IXW/WRX-I ICEP]*
- ☐ Tenía Medicare antes, pero ahora estoy cumpliendo 65 años. *[MRD/ETC-F (IEP2)]*
- ☐ Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (insertar fecha) ____/____/____. *[MOV/ETC-V]*
- ☐ Recientemente fui liberado de la encarcelación. Fui liberado el (insertar fecha) ____/____/____. *[MOV/ETC-V]*
- ☐ Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (insertar fecha) ____/____/____. *[MOV/ETC-V]*
- ☐ Recientemente obtuve estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (insertar fecha) ____/____/____. *[LAW/37]*
- ☐ Vivo en un centro de atención a largo plazo, como una residencia de ancianos o un hospital de rehabilitación. *[LT2/ETC-T]*
- ☐ Recientemente me mudé de una instalación de cuidado a largo plazo, como un hogar de jubilados o un hospital de rehabilitación. *[LT2/ETC-T]*
- ☐ Recientemente dejé un programa PACE el (insertar fecha) ____/____/____. *[PAC/27]*
- ☐ Estoy dejando la cobertura del empleador o del sindicato el (insertar fecha) ____/____/____. *[LEC/ETC-W]*
- ☐ Perdí otra cobertura de medicamentos que no es de Medicare pero que es tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (cobertura creditable), o mi otra cobertura que no es de Medicare cambió y ya no se considera creditable. Perdí mi cobertura el (inserte la fecha) ____/____/____. *[LCC/22]*

- ☐ Perdí mi cobertura porque mi plan ya no cubre la área donde vivo. *[EOC/11]*
- ☐ Perdí mi cobertura porque Medicare terminó su contrato con mi plan. Recibí una carta de Medicare diciendo que podía unirme a otro plan. *[MYT/11]*
- ☐ Estoy en un Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado, o estoy perdiendo la ayuda de un Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado. *[PAP/38]*
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (acabo de obtener Medicaid, tuve un cambio en mi nivel de Medicaid o perdí Medicaid). Programa de Asistencia. *[MCD/ETC-U(LIS)]*
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Extra para pagar mis costos de medicamentos (nueva Ayuda Extra, tuve un cambio en mi nivel de Ayuda Extra o perdí la Ayuda Extra) *[MCD/ETC-U(LIS)]*
- ☐ Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha). ____/____/____. *[DIF/ETC-U]*
- ☐ Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP) pero he perdido la calificación de necesidades especiales necesaria para estar en ese plan. Fui dado de baja del SNP el (insertar fecha). ____/____/____. *[SNP/35]*
- ☐ Me vi afectado por una emergencia o 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 aplicó a mí, pero no pude hacer mi solicitud de inscripción debido al desastre. *[DST/01]*
- ☐ Pago una prima por la Parte A y me inscribí en la Parte B durante el Período de Inscripción General (1 de enero - 31 de marzo de cada año). Quiero unirme a un plan de medicamentos de Medicare (Parte D) o a un Plan Advantage de Medicare con cobertura de medicamentos. *[Pre/34]*
- ☐ Me inscribí en la Parte A (Seguro Hospitalario) o en la Parte B (Seguro Médico) durante un Período de Inscripción Especial para el cual calificué debido a una circunstancia excepcional. Quiero unirme a un Plan de Ventaja de Medicare (con cobertura de medicamentos). *[DSP/43]*
- ☐ Ninguna de estas afirmaciones se aplica a mí; sin embargo, siento que soy elegible debido a una circunstancia especial que permitiría una excepción para inscribirme (sujeta a aprobación). Por favor, explique.:

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted, o no está seguro, comuníquese con Elite Health Plan al 1-800-958-1129. Los usuarios de TTY deben comunicarse al 711. Estamos abiertos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles todos los días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Pacífico, excepto durante los principales días festivos de fin de año.

ATENCIÓN: Si usted habla español, los servicios gratuitos de asistencia lingüística están disponibles para usted. También están disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-958-1129 (TTY:711) o hable con su proveedor.