

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

¿Quién puede utilizar este formulario?

Las personas con Medicare que deseen inscribirse en un plan Medicare Advantage

Para inscribirse en un plan, debe:

- ser ciudadano de los Estados Unidos o vivir legalmente en los EE. UU.
- vivir en el área de servicio del plan

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

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

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para obtener 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 inscribirse en un plan 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 que figura en la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- su domicilio y número de teléfono

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.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en 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.
- El plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir 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 Retiro Ferroviario).

¿Qué pasa después?

Envíe el formulario completado y firmado a:
Elevate Medicare Advantage
777 Bannock St., MC6000
Denver, CO 80204

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

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Elevate Medicare Advantage al 303-602-2451. 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 Elevate Medicare Advantage al 303-602-2451/TTY 711 o a Medicare sin costo al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas que no tienen hogar

- Si quiere inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado de correos, un domicilio de un refugio o una clínica, o el domicilio donde recibe el correo postal (p. ej., cheques del Seguro Social) puede considerarse su domicilio de residencia permanente.

De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que se muestre un número de control de la Oficina de Gestión y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB) válido. El número de control de OMB válido para esta información es 0938-1378. El tiempo estimado necesario para completar esta recolección de información es, en promedio, 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, hacer búsquedas en recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la información recolectada. Si tiene algún comentario acerca de la exactitud de las estimaciones 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 (Reports Clearance Office) de la Ley de Reducción de Trámites (PRA). Todo elemento que obtengamos que no se trate de cómo mejorar este formulario o la carga de recolección (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Vea "¿Qué pasa después?" en esta página para enviar el formulario completo al plan.

Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales).			
Seleccione el plan en el que desea inscribirse: ☐ Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP): \$0 por mes ☐ Elevate Medicare Select (HMO): \$0 por mes			
NOMBRE:		APELLIDO: [Opcional: inicial del segundo nombre]:	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (/ /)	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Número de teléfono: ()	
Domicilio de residencia permanente (no ingresar un apartado postal. Nota: Para las personas que no tienen hogar, un apartado postal puede considerarse el domicilio de residencia permanente):			
Ciudad:	[Opcional: condado]:	Estado:	Código postal:
Domicilio postal, si es diferente al domicilio permanente (apartado postal permitido):			
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Información sobre Medicare:			
Número de Medicare: - -			
Responda estas preguntas importantes:			
¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como Asuntos de Veterano [VA], TRICARE) además de Elevate Medicare Advantage? ☐ Sí ☐ No Nombre de la otra cobertura: Número de miembro para esta cobertura: Número de grupo para esta cobertura:			
¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid o en el Programa de Beneficiarios Calificados de Medicare? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, proporcione su número de Medicaid: - -			
IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:			
• Debo mantener ambos el seguro hospitalario (Parte A) y el seguro médico (Parte B) para permanecer inscrito en Elevate Medicare Advantage. • Al inscribirme en Medicare Advantage, acepto que Elevate Medicare Advantage 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 autoricen la recopilación de esta información (ver la declaración de la Ley de Privacidad [Privacy Act] a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, la inscripción en el plan puede verse afectada. • Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan cancelará mi inscripción de manera automática en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes privados de pago por servicio [Private Fee-for-Service, PFFS] MA y los planes de cuentas de ahorro médico [Medical Savings Account, MSA] MA). • Comprendo que cuando comience la cobertura de Elevate Medicare Advantage, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Elevate Medicare Advantage. Los beneficios y servicios ofrecidos por Elevate Medicare Advantage e incluidos en el documento “Evidencia de cobertura” de Elevate Medicare Advantage (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Elevate Medicare Advantage pagarán los beneficios o servicios que no están cubiertos. • La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si intencionalmente brindo información falsa en este formulario, mi inscripción en el plan se cancelará. • 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 comprendo el contenido de esta solicitud. Si un representante autorizado (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica que: 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción. 2) La documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.			
Firma:		Fecha de hoy:	
Si es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:			
Nombre:		Domicilio:	
Número de teléfono:		Relación con el inscrito:	

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 los completa.

Seleccione uno si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

☐ Español

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

☐ Braille ☐ Letras grandes ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Comuníquese con Elevate Medicare Advantage al 303-602-2111 si necesita información en un formato o idioma accesible que no sea el indicado anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No

¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

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

Quiero recibir materiales sobre el plan por correo electrónico.

Dirección de correo electrónico:

Pago de las primas del plan

Puede pagar la prima mensual del plan (incluida toda penalización por inscripción tardía que tenga actualmente o que deba) por correo o tarjeta de crédito todos los meses. **También puede optar por pagar la prima deduciéndola automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) todos los meses.**

Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D, debe pagar este monto adicional además de la prima del plan. NO le pague a Elevate Medicare Advantage el monto IRMAA de la Parte D.

Para las personas que ayudan al inscrito a completar este formulario únicamente.

Complete esta sección si es una persona (es decir, agentes, representantes, asesores del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico [SHIP], familiares u otros terceros) que ayuda a un inscrito a completar este formulario.

Nombre: _____ Relación con el inscrito: _____

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

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 realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para pagar los beneficios de Medicare. La sección 1851 de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) y el título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR), artículos 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 como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN), "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)", sistema núm. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, la inscripción en el plan puede verse afectada.