

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

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que deseen unirse a Medicare Advantage Plan

Para unirse al plan, debe:

- Ser ciudadano o residente legal de los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para inscribirse en Medicare Advantage Plan, debe estar inscrito:

- En la Parte A de Medicare (seguro de hospitalización)
- En la Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que empieza el 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de obtener Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permita unirse a un plan o cambiarlo

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 figura en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debe completar todos los campos de la Sección 1. Los campos de la sección 2 son opcionales; no pueden denegarle la cobertura por no haberlos completado.

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 registrarse para que deduzcan sus pagos de las primas de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario [Railroad Retirement Board]).

¿Qué sucederá después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

L.A. Care Health Plan
Attn: Product Sales / Agent Enrollment
1200 W. 7th Street, 2nd Floor
Los Angeles, CA 90017

Una vez que procesen su solicitud para unirse, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda para completar este formulario?

Llame a L.A. Care Health Plan al 1-833-592-3767. 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 L.A. Care Health Plan al 1-833-592-3767 / TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para obtener asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

- Si desea unirse a un plan, pero no tiene residencia permanente, pueden considerarse como su dirección de residencia permanente un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social).

Conforme a la Ley de Reducción de la Documentación (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a un pedido de recopilación de información, a menos que el pedido tenga un número de control OMB válido. El número válido de control OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es de un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para leer las instrucciones, buscar los recursos de información existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la información solicitada. Si tiene algún comentario sobre la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, le pedimos que nos 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 documento con sus datos personales (como reclamaciones, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Cualquier documento que recibamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o la carga de la recopilación (descrito en la OMB 0938-1378) será destruido. No se lo mantendrá, revisará ni reenviará al plan. Consulte la sección “¿Qué sucederá después?” en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Sección 1: todos los campos en esta página son obligatorios (a menos que se

Elija el plan al que desea unirse:

L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP): \$0 por mes

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____ [inicial del segundo nombre]

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) _____ Sexo: _____ Número de teléfono: _____ Tipo de número de teléfono: _____
(/ /) Masculino Femenino () Particular Celular

Dirección de residencia permanente (no ingresar un apartado postal):

Ciudad: _____ [Opcional: condado]: _____ Estado _____ Código _____

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite un apartado postal):

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Su información de Medicare:

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

Responda a estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de L.A. Care Medicare Plus?

Sí No

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

¿Está inscrito en Medi-Cal?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", proporcione su número de Medi-Cal:

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar tanto la parte de hospitalización (Parte A) como la parte médica (Parte B) para permanecer en L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP).
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que L.A. Care Medicare Plus compartirá mi información con Medicare, que podrá usarla para rastrear mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consultar la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, ello podría afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que puedo inscribirme en solo un plan MA a la vez, y que esa inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que cuando empiece mi cobertura de L.A. Care Medicare Plus, deberé obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de L.A. Care Medicare Plus. Los beneficios y servicios proporcionados por L.A. Care Medicare Plus e incluidos en mi documento de "Evidencia de cobertura" de L.A. Care Medicare Plus (también conocido como contrato de afiliación o acuerdo de suscripción) estarán cubiertos. Ni Medicare ni L.A. Care Medicare Plus pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada a actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que leí y comprendo el contenido de esta solicitud. Si firma un representante autorizado (según se describió anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal a completar esta inscripción y
 - 2) que la documentación de esta autorización está 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 la persona inscrita: _____

Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales

Usted elige si desea responder a estas preguntas. No se le puede denegar la cobertura por no haberlas completado.

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Elija todas las opciones que correspondan.

- No, no soy de origen hispano, latino o español Sí, soy mexicano, estadounidense con ascendencia mexicana, chicano
- Sí, puertorriqueño Sí, cubano
- Sí, tengo otro origen hispano, latino o español
- Prefiero no responder.**

¿Cuál es su raza? Elija todas las opciones que correspondan.

- Indio estadounidense o nativo de Alaska Negro o afroestadounidense
- Asiático: Negro o afroestadounidense
Nativo de Hawái e isleño del Pacífico:
- Indio asiático Guameño o chamorro
- Chino Hawaiano nativo
- Filipino Samoano
- Japonés Isleño de otra isla del Pacífico
- Coreano Blanco
- Vietnamita **Prefiero no responder**
- Proveniente de otro país asiático

Elija su preferencia de idioma si no fuera el inglés.

- Español Chino mandarín Chino cantonés Coreano Armenio Ruso Árabe
- Tagalo Vietnamita Farsi Jemer/camboyanos

Elija una opción si quiere que le enviemos información en un idioma que no sea el inglés.

- Español Chino Coreano Armenio Ruso Árabe Tagalo
- Vietnamita Farsi Jemer/camboyanos

Elija una opción si quiere que le enviemos información en un formato accesible.

- En letra grande CD de audio CD de datos Braille

Comuníquese con L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 si necesita información en un formato accesible que no sea uno de los que se menciona arriba. Atendemos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja? Sí No ¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Indique el nombre de su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP):

Número de teléfono del PCP: ()		Dirección del PCP:
Número de identificación del proveedor de L.A. Care (indicado en el directorio de proveedores):	Grupo Médico/Asociación de Médicos Independientes (Independent Physician Association, IPA):	¿Actualmente es paciente de este médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Número de teléfono secundario: () Tipo de teléfono: Particular Celular

Al marcar esta casilla, da su consentimiento para que L.A. Care se comunique con usted, mediante una llamada telefónica o un mensaje de texto. Puede cambiar este consentimiento en cualquier momento si se comunica con L.A. Care.

Dirección de correo electrónico:

Al marcar esta casilla, da su consentimiento para que L.A. Care se comunique con usted por correo electrónico. Usted seguirá recibiendo información importante de su plan por correo. Puede cambiar este consentimiento en cualquier momento si se comunica con L.A. Care Medicare Plus al 1-833-522-3767 o TTY 711.

Nombre completo del contacto para emergencias:	Número de teléfono del contacto para emergencias: ()
Dirección de correo electrónico del contacto para emergencias:	Relación con el beneficiario:

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 rastrear la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención médica y para el pago de los beneficios de Medicare. La sección 1851 de la Ley del Seguro Social y las secciones 422.50 y 422.60 del título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar información de inscripción de los beneficiarios de Medicare, según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicamento recetado de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", N.º de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, ello podría afectar la inscripción en el plan.

Información de ayuda para el agente	
Nombre del agente:	Número de licencia del agente:
Número de teléfono del agente:	Dirección de correo electrónico del agente:
Fecha de recepción por el agente:	Fecha de entrada en vigor propuesta por el agente: