**Prueba 1: Modelo de formulario de solicitud de inscripción individual de Medicare Advantage (también se puede usar “elección”)**

Mencionado en estas secciones: 10, 40.1, 40.2, 50.1

*(Rev. 2, emitida:* 31 de julio de 2018*; Entrada en vigencia/implementación: 01-01-2019).*

Póngase en contacto con <plan name> si necesita información en otro idioma o formato (braille).

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Para inscribirse en <plan>, proporcione la siguiente información:** | | | | | | | |
| [*Required if form used for multiple plans:* **Indique con una marca en qué plan quiere inscribirse:**  Producto ABC $XX por mes Producto XYZ $XX por mes] | | | | | | | |
| APELLIDO: NOMBRE de pila: Inicial del 2.º nombre: | | | | | | Sr.  Sra.  Srta. | |
| Fecha de nacimiento:  (\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_)  (M M / D D/ A A A A) | Sexo:  M  F | | Número de teléfono particular:  ( ) | | | [*Optional field*: Número de teléfono alternativo:  ( )] | |
| Dirección de residencia permanente (no se admiten casillas de correo): | | | | | | | |
| Ciudad: | | [*Optional field:* Condado:] | | | Estado: | | Código postal: |
| **Dirección postal** (solamente si es distinta de la dirección de residencia permanente):  Dirección: Ciudad: Estado: Código postal: | | | | | | | |
| [*Optional field*: **Contacto para emergencias:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Número de teléfono**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Relación con usted:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ] | | | | | | | |
| [*Optional field:* **Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ] | | | | | | | |
| **Proporcione la información del seguro de Medicare** | | | | | | | |
| Tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare a mano para completar esta sección.   * Complete esta información tal como aparece en la tarjeta de Medicare.   O BIEN   * Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios. | | | | Nombre (tal como aparece en la tarjeta  de Medicare):  Número de Medicare:  Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigencia:  COB. HOSPITALARIA (Parte A)  COB. MÉDICA (Parte B)  Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage. | | | |
| [***Zero premium MA-only plans may omit this section***:  **Cómo pagar la prima del plan** | | | | | | | |
| **[***Zero premium MA-PD plans insert the following***: Si determinamos que debe pagar una multa por inscripción tardía (o si tiene actualmente una multa por inscripción tardía), necesitamos saber de qué manera prefiere pagarla. Puede pagar por correo, <***insert optional methods*: **“transferencia electrónica de fondos (EFT)”, “tarjeta de crédito”> todos los meses <***insert optional intervals, if applicable, for example* **“o trimestralmente”>. También puede pagar la prima todos los meses mediante descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB). Si a usted se le adjudica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted deberá pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. A usted se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o bien recibirá la factura directamente de Medicare o la RRB. NO pague el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amounts, IRMAA) de la Parte D a *[insert appropriate plan and/or organization name].*]**  **[***MA-only and MA-PD plans with premiums insert***: Puede pagar las primas mensuales de su plan** [*MA-PD plans with premiums insert:***(incluidas todas las multas por inscripción tardía que tenga actualmente o que adeude)] por correo <***insert optional methods*: **“transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT)”, “tarjeta de crédito”> todos los meses <***insert optional intervals, if applicable, for example* **“o trimestralmente”>. También puede pagar la prima todos los meses mediante descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).]**  [*MA-PD plans with premiums insert:***Si a usted se le adjudica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted deberá pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. A usted se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o bien recibirá la factura directamente de Medicare o la RRB. NO pague el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D a *[insert appropriate plan and/or organization name].*]**  Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si resulta elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de los medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no quedarán sujetas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos beneficios y no lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda adicional, póngase en contacto con una oficina local del Seguro Social o bien llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar Ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.  Si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan.  Si Medicare paga solamente una parte de la prima, le enviaremos a usted la factura por el monto que Medicare no cubra.  Si no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses <*optional language in place of “bill each month*”: “libreta de cupones” or “libreta de pago”>.    **Elija una opción de pago de la prima:**  Obtenga una factura <option: “libreta de cupones”, “libreta de pago”, etc>  <*option to include other billing intervals e.g. bi-monthly, quarterly*>  [*Optional -* *Include other payment methods, such as EFT & credit card, as follows:*  Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:  Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número de enrutamiento del banco: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  Número de cuenta bancaria: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  Tipo de cuenta:  De cheques  De ahorros  Tarjeta de crédito. Proporcione la siguiente información:  Tipo de tarjeta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre del titular de la cuenta como aparece en la tarjeta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número de cuenta: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  Fecha de vencimiento: \_ \_/\_ \_ \_ \_ (MM/AAAA)]  Descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios(RRB).  Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB  (La deducción del Seguro Social o de la RRB puede demorar dos meses o más en comenzar luego de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de descuento automático, el primer descuento del cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de descuento automático, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales). | | | | | | | |
| **Lea y responda estas preguntas importantes:** | | | | | | | |
| 1. ¿Padece una enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD)?  Sí  No   Si usted recibió un trasplante de riñón con éxito o ya no necesita diálisis regulares, **adjunte una nota  o los registros** del médico que indiquen que usted recibió un trasplante de riñón exitoso o que ya no necesita diálisis; de lo contrario, tal vez sea necesario que nos pongamos en contacto con usted para obtener información adicional. | | | | | | | |
| [*MA-PD plans insert:*  2. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura para medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios de salud para empleados, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica.  ¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta además de <MA plan>?  Sí  No  Si la respuesta es “Sí”, mencione la otra cobertura y su número de identificación de esa cobertura:  Nombre de la otra cobertura: Núm. de identificación Núm. de grupo  para esta cobertura: para esta cobertura:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] | | | | | | | |
| 3. ¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia?  Sí  No  Si la respuesta es “Sí”, proporcione la siguiente información:  Nombre de la institución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle):\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| 4. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado?  Sí  No  Si la respuesta es “Sí”, proporcione su número de Medicaid: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| 5. ¿Usted o su cónyuge trabajan?  Sí  No | | | | | | | |
| [Special Needs Plans insert question(s) regarding the required special needs criteria (i.e. “Do you live in a long term care facility” or “Do you have diabetes?”] | | | | | | | |
| [*Optional field:* **Elija el nombre del médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP), clínica o centro de salud:** ] | | | | | | | |
| **Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea español o en un formato accesible:**  <include list of available languages>  <include list of accessible formats (like Braille, audio tape, or large print) >  Si necesita información en un formato accesible o un idioma distinto de los mencionados arriba, póngase en contacto con <plan name> al <phone number>. Atendemos de <insert days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>. | | | | | | | |
| [*Optional field:* If plan delivers some documents electronically, insert language explaining the types of documents it sends and how (e.g., information about your enrollment to the email address you provide to us on this form), as well as how a member can opt to get paper versions of those documents instead (e.g., a checkbox to opt-out of getting documents electronically).] | | | | | | | |

[***Following box required only for MA-PD plans*:**

|  |
| --- |
| **Lea esta información importante** |
| **Si en la actualidad cuenta con la cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en <MA-PD Name> podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato. Si se inscribe en <MA-PD name> podría perder la cobertura de salud provista por su empleador o sindicato.** Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite el sitio web o comuníquese con la oficina que figura en las comunicaciones. Si no cuenta con información sobre con quién contactarse, puede recibir ayuda del administrador de beneficios o la oficina encargada de responder preguntas sobre su cobertura.] |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lea y firme a continuación:** | |
| **Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:**  <Plan Name> es un plan Medicare Advantage que ha celebrado un contrato con el gobierno federal. Tendré que conservar la cobertura de las Partes A y B de Medicare. Solamente puedo tener un plan Medicare Advantage a la vez, y comprendo que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga o que pueda obtener en el futuro. [***MA-only plans insert*:** Comprendo que, si no tengo cobertura para medicamentos con receta de Medicare o una cobertura para medicamentos con receta acreditable(tan buena como la de Medicare),tal vez deba pagar una multa por inscripción tardía si me inscribo más adelante en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare.] La inscripción en este plan es generalmente para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo cancelar mi inscripción en el plan o efectuar cambios solo en determinados momentos del año, en los períodos de inscripción disponibles (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o en determinadas circunstancias especiales.  <Plan name> brinda servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que <plan name> brinda servicios, debo notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en la nueva área. Una vez que sea miembro de <plan name>, tendré derecho a apelar las decisiones que tome el plan respecto de pagos o servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré el [insert either Manual del miembro or documento de Evidencia de cobertura] de <plan name> cuando  lo reciba para conocer las normas que debo respetar para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas que tienen Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, salvo por la cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.  Comprendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de <plan name> debo recibir toda la atención médica de parte de <plan name>, salvo por los servicios de emergencia o urgencia, o por los servicios de diálisis fuera del área. [*PPOs use the following in place of the first sentence:* “Comprendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de <plan name>, el uso de los servicios dentro de la red puede tener un costo menor que el uso de los servicios fuera de la red, salvo por los servicios de emergencia o urgencia, o por los servicios de diálisis fuera del área. De ser médicamente necesario, <plan> ofrece reembolsos por todos los beneficios cubiertos, incluso si los recibo fuera de la red”.] Los servicios autorizados por <plan name> y otros servicios incluidos en el documento de Evidencia de cobertura de <plan name> (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Si no se cuenta con autorización, **NI MEDICARE NI <PLAN NAME> PAGARÁN LOS SERVICIOS**.  Comprendo que, si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por <plan name>, esta persona puede recibir un pago en función de mi inscripción en <plan name>.  **Divulgación de información:** Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que  <plan name> divulgará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para cualquier tratamiento, pago o procedimientos de atención médica. También reconozco que <plan name> divulgará mi información [***MA-PD plans insert:*** incluidos los datos sobre acontecimientos relacionados con medicamentos con receta,] a Medicare, que puede divulgarla con fines de investigación o para otros fines que respeten todas las leyes y reglamentaciones federales aplicables. A mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. 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 autorizada para actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud implica que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si una persona autorizada (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para realizar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad estará disponible en caso de que Medicare la requiera. | |
|  | |
| **Firma:** | **Fecha de hoy:** |
| Si es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:  **Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Número de teléfono:** (\_\_\_) \_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_  **Relación con la persona inscrita:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

**Únicamente para uso oficial**:

Nombre del miembro del personal, agente o corredor (si brindó ayuda para la inscripción): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Núm. de identificación del plan: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ICEP/IEP: \_\_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_\_ SEP (tipo): \_\_\_\_\_\_ No es elegible: \_\_\_\_\_\_

[*optional space for other administrative information needed by plan*]

# Prueba 1b: Modelo de formulario de solicitud de inscripción al plan de MSA de Medicare Advantage (también se puede usar “elección”)

Mencionado en la sección 40.1.1

(Rev. 2, emitida: 31 de julio de 2018; Entrada en vigencia/implementación: 01-01-2019).

Póngase en contacto con <plan name> si necesita información en otro idioma o formato (braille).

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Para inscribirse en <plan name>, proporcione la siguiente información:** | | | | | | | |
| [*Required if form used for multiple plans:* **Indique con una marca en qué plan quiere inscribirse:**  Producto ABC $XX por mes Producto XYZ $XX por mes] | | | | | | | |
| APELLIDO: NOMBRE de pila: Inicial del 2.º nombre: | | | | | | Sr.  Sra.  Srta. | |
| Fecha de nacimiento:  (\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_)  (M M / D D/ A A A A) | Sexo:  M  F | | Número de teléfono particular:  ( ) | | | [*Optional field*: Número de teléfono alternativo: ( )] | |
| Dirección de residencia permanente (no se admiten casillas de correo): | | | | | | | |
| Ciudad: | | [*Optional field:* Condado:] | | | Estado: | | Código postal: |
| **Dirección postal** (solamente si es distinta de la dirección de residencia permanente):  Dirección: Ciudad: Estado: Código postal: | | | | | | | |
| [*Optional field:* **Contacto para emergencias:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Número de teléfono**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Relación con usted:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ] | | | | | | | |
| [*Optional field:* **Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ] | | | | | | | |
| **Proporcione la información del seguro de Medicare** | | | | | | | |
| Tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare a mano para completar esta sección.   * Complete esta información tal como aparece en la tarjeta de Medicare.     O BIEN   * Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o  de la Junta de jubilación para ferroviarios. | | | | Nombre (tal como aparece en la tarjeta de Medicare):  Número de Medicare:  Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigencia:  COB. HOSPITALARIA (Parte A)  COB. MÉDICA (Parte B)  Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage. | | | |
| **Lea y responda estas preguntas importantes** | | | | | | | |
| 1. ¿Padece una enfermedad renal terminal (ESRD)?  Sí  No  Por lo general, si la respuesta es “Sí”, no es elegible para inscribirse en <MSA plan name>. Si usted recibió un trasplante de riñón con éxito o ya no necesita diálisis regulares, **adjunte una nota o los registros** del médico que indiquen que usted recibió un trasplante de riñón exitoso o que ya no necesita diálisis; de lo contrario, tal vez sea necesario que nos pongamos en contacto con usted para obtener información adicional. | | | | | | | |
| 2. Para inscribirse en <MSA plan name>, no debe tener ninguna otra cobertura de salud, como se describe a continuación. Responda todas las siguientes preguntas:  **A.** ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado?  Sí  No  **B.** ¿Recibe beneficios de hospicio de Medicare?  Sí  No  **C.** Algunas personas pueden tener otra cobertura de salud, como otro seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios de salud para empleados, beneficios para veteranos, u otros beneficios de salud que cubren la totalidad o parte del deducible anual de la Cuenta de ahorro  para gastos médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Si tiene alguna otra cobertura, no es elegible para inscribirse en <MSA plan name>.  ¿Tendrá otra cobertura de salud además de <MA plan name>?  Sí  No    Si la respuesta es “Sí”, mencione la otra cobertura y su número de identificación para esa cobertura para que podamos decidir si es elegible para inscribirse en <MSA plan name>:  Nombre de la otra cobertura: Núm. de identificación Núm. de grupo  para esta cobertura: para esta cobertura:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| 3. ¿Residirá en los Estados Unidos durante al menos 183 días durante cada año que esté inscrito en <MSA plan>?  Sí  No | | | | | | | |
| 4. ¿Usted o su cónyuge trabajan?  Sí  No | | | | | | | |
| **Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea español o en un formato accesible:**  <include list of available languages>  <include list of accessible formats (like Braille, audio tape, or large print>  Si necesita información en un formato accesible o un idioma distinto de los mencionados arriba, póngase en contacto con <plan name> al <phone number>. Atendemos de <insert days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>. | | | | | | | |
| [*Optional field:* If plan delivers some documents electronically, insert language explaining the types of documents it sends and how (e.g., information about your enrollment to the email address you provide to us on this form), as well as how a member can opt to get paper versions of those documents instead (e.g., a checkbox to opt-out of getting documents electronically).] | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lea y firme a continuación:** | |
| **Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:**  <MSA Plan Name> es un plan Medicare Advantage que ha celebrado un contrato con el gobierno federal. Tendré que conservar la cobertura de las Partes A y B de Medicare. Solamente puedo tener  un plan Medicare Advantage a la vez y comprendo que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud de Medicare. Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura de salud que tenga o que pueda obtener en el futuro. Comprendo que, si no tengo cobertura para medicamentos con receta de Medicare o una cobertura para medicamentos con receta acreditable(tan buena como la de Medicare),tal vez deba pagar una multa por inscripción tardía si me inscribo más adelante en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare. La inscripción en este plan es generalmente para todo el año. Puedo abandonar este plan (“cancelar la inscripción”) durante el Período de inscripción anual que abarca del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año (entrada en vigencia el 1.° de enero siguiente) o en determinadas circunstancias especiales limitadas, tras enviar una solicitud por escrito a <MSA plan name>. Si elijo un plan MSA de Medicare y nunca antes me inscribí a un plan MSA, y luego cambio de parecer, puedo cancelar mi inscripción antes del 15 de diciembre del mismo año poniéndome en contacto con el plan para cancelar mi solicitud de inscripción. Comprendo que mi inscripción en un plan MSA no estará completa hasta que se abra la cuenta bancaria. Comprendo que me inscribo en un plan que no paga los servicios cubiertos por Medicare hasta que no se alcance un deducible alto, pero <plan name> me permite utilizar fondos de mi cuenta MSA para pagar los servicios de salud. Las extracciones realizadas de la cuenta bancaria  de MSA no son gravables cuando se las utiliza para gastos médicos calificados por el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS). Debería pagar impuestos sobre la renta y una multa de hasta el 50% por las extracciones utilizadas para gastos que no sean médicos. Una vez alcanzado el deducible, el plan paga el 100% de los servicios cubiertos por Medicare.  [*MSA Demonstration Plans insert*: Si me inscribo en un plan de demostración de MSA, podría tener que pagar el costo compartido de algunos servicios preventivos, como lo describa el plan, antes de alcanzar el deducible. Una vez alcanzado el deducible, podría tener que pagar el costo compartido hasta que mis gastos de los servicios cubiertos lleguen al máximo que pago de mi bolsillo; después  de eso, el plan de demostración de MSA pagará el 100% de los servicios cubiertos por Medicare.]  Si tengo alguna pregunta sobre la creación de mi cuenta bancaria de MSA o sobre la información de este formulario de inscripción, debo comunicarme con <plan name> al <contact number>.  <MSA plan name> brinda servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en  la que <MSA Plan Name> brinda servicios, debo notificar al plan para poder cancelar mi inscripción  y buscar un nuevo plan en la nueva área. Una vez que sea miembro de <MSA Plan Name>, tendré derecho a apelar las decisiones que tome el plan respecto de pagos o servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré el [insert either Manual del miembro or documento de Evidencia de cobertura] de <MSA plan name> cuando lo reciba para conocer las normas que debo respetar para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage.  Comprendo que, si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por <plan name>, esta persona puede recibir un pago en función de mi inscripción en <plan name>.  Comprendo que, si cancelo mi inscripción antes de que finalice el año del plan (31 de diciembre), <plan name> podría debitar de mi cuenta bancaria de MSA una parte proporcional del depósito del año en curso para devolvérsela a Medicare. El monto debitado se basará en la cantidad de meses restantes en el año después de la fecha de cancelación de la inscripción. Comprendo que, en el caso de que falleciera, se tomará el dinero adeudado a Medicare de mi patrimonio. Mi patrimonio conservará todo lo que supere lo adeudado a Medicare.  **Divulgación de información:** Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que el plan de salud de Medicare divulgará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para cualquier tratamiento, pago o procedimientos de atención médica. También reconozco que <MSA plan Name> divulgará mi información a Medicare, que puede divulgarla con fines de investigación o para otros fines que respeten todas las leyes y reglamentaciones federales aplicables. A mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. 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 autorizada para actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud implica que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si una persona autorizada (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para realizar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad estará disponible en caso de que Medicare la requiera. | |
| **Firma:** | **Fecha de hoy:** |
| Si es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:  Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número de teléfono: (\_\_\_) \_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Relación con la persona inscrita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Conservación de registros **--** Como representante autorizado, es importante que conserve los registros de cuándo se utilizan los fondos de la cuenta de MSA, además de cómo se utilizan dichos fondos. | |

**Únicamente para uso oficial**:

Nombre del miembro del personal, agente o corredor (si brindó ayuda para la inscripción): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Núm. de identificación del plan: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ICEP/IEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEP (tipo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No es elegible: \_\_\_\_\_\_\_

[*optional space for other administrative information needed by plan*]

# Prueba 1c: Modelo de formulario de solicitud de inscripción individual del plan PFFS (también se puede usar “elección”)

Mencionado en estas secciones: 10, 20.4, 40.1, 40.2

(Rev. 2, emitida: 31 de julio de 2018; Entrada en vigencia/implementación: 01-01-2019).

Póngase en contacto con <plan name> si necesita información en otro idioma o formato (braille).

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Para inscribirse en <plan>, proporcione la siguiente información:** | | | | | | | |
| [*Required if form used for multiple plans:* **Indique con una marca en qué plan quiere inscribirse:**  Producto ABC $XX por mes Producto XYZ $XX por mes] | | | | | | | |
| APELLIDO: NOMBRE de pila: Inicial del 2.º nombre: | | | | | | Sr.  Sra.  Srta. | |
| Fecha de nacimiento:  (\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_)  (M M / D D/ A A A A) | Sexo:  M  F | | Número de teléfono particular:  ( ) | | | [*Optional field*: Número de teléfono alternativo:] | |
| Dirección de residencia permanente (no se admiten casillas de correo): | | | | | | | |
| Ciudad: | | [*Optional field:* Condado:] | | | Estado: | | Código postal: |
| **Dirección postal** (solamente si es distinta de la dirección de residencia permanente):  Dirección: Ciudad: Estado: Código postal: | | | | | | | |
| [*Optional field*: **Contacto para emergencias:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Número de teléfono**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Relación con usted:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ] | | | | | | | |
| [*Optional field:* **Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ] | | | | | | | |
| **Proporcione la información del seguro de Medicare** | | | | | | | |
| Tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare a mano para completar esta sección.   * Complete esta información tal como aparece en la tarjeta de Medicare.     O BIEN   * Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o  de la Junta de jubilación para ferroviarios. | | | | Nombre (tal como aparece en la tarjeta de Medicare):  Número de Medicare:  Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigencia:  COB. HOSPITALARIA (Parte A)  COB. MÉDICA (Parte B)  Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage. | | | |
| [***Zero premium MA-only plans omit this section***:  **Cómo pagar la prima del plan** | | | | | | | |
| **[***Zero premium MA-PD plans insert***: Si determinamos que debe pagar una multa por inscripción tardía (o si tiene actualmente una multa por inscripción tardía), necesitamos saber de qué manera prefiere pagarla. Puede pagar por correo <***insert optional methods*: **“transferencia electrónica de fondos (EFT)”, “tarjeta de crédito”> todos los meses <***insert optional intervals, if applicable, for example* **“o trimestralmente”>. También puede pagar la prima todos los meses mediante descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios. Si a usted se le adjudica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted deberá pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. A usted se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o bien recibirá la factura directamente de Medicare o la Junta de jubilación para ferroviarios. NO pague el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D a *[insert appropriate plan and/or organization name]*. ]**  **[***MA-only and MA-PD plans with premiums insert***: Puede pagar las primas mensuales de su plan  [***MA-PD plans with premium insert:* **(incluidas todas las multas por inscripción tardía que tenga  o que adeude)] por correo <***insert optional methods*: **“transferencia electrónica de fondos (EFT)”, “tarjeta de crédito”> todos los meses <***insert optional intervals, if applicable, for example* **“o trimestralmente”>. También puede pagar la prima todos los meses mediante descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios.**  [*MA-PD plans with premiums insert:***Si a usted se le adjudica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted deberá pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. A usted se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o bien recibirá la factura directamente de Medicare o la Junta de jubilación para ferroviarios. NO pague el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D a *[insert appropriate plan and/or organization name].*]**  Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidos los deducibles anuales, las primas mensuales de los medicamentos con receta y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no quedarán supeditadas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos para obtener estos beneficios y no lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda adicional, póngase en contacto con una oficina local del Seguro Social o bien llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar Ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.  Si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan.  Si Medicare paga solamente una parte de la prima, le enviaremos a usted la factura por el monto que Medicare no cubra.  Si no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses <*optional language in place of “bill each month*”: “libreta de cupones” or “libreta de pago”>.  **Elija una opción de pago de la prima:**  Obtenga una factura <option: “libreta de cupones”, “libreta de pago”, etc>  <*option to include other billing intervals e.g. bi-monthly, quarterly*>  [*Optional -* *Include other payment methods, such as EFT & credit card as follows:*  Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:  Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número de enrutamiento del banco: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  Número de cuenta bancaria: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  Tipo de cuenta:  De cheques  De ahorros  Tarjeta de crédito. Proporcione la siguiente información:  Tipo de tarjeta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre del titular de la cuenta como aparece en la tarjeta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número de cuenta: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  Fecha de vencimiento: \_ \_/\_ \_ \_ \_ (MM/AAAA)]  Descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).  Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB  (La deducción del Seguro Social o de la RRB puede demorar dos meses o más en comenzar luego de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de descuento automático, el primer descuento del cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de descuento automático, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales).] | | | | | | | |
| **Lea y responda estas preguntas importantes:** | | | | | | | |
| 1. ¿Padece una enfermedad renal terminal (ESRD)?  Sí  No  Si usted recibió un trasplante de riñón con éxito o ya no necesita diálisis regulares, **adjunte una nota  o los registros** del médico que indiquen que usted recibió un trasplante de riñón exitoso o que ya no necesita diálisis; de lo contrario, tal vez sea necesario que nos pongamos en contacto con usted para obtener información adicional. | | | | | | | |
| [*PFFS-PD plans insert:*  2. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura para medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios de salud para empleados, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica.  ¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta además de <PFFS plan>?  Sí  No  Si la respuesta es “Sí”, mencione la otra cobertura y su número de identificación de esa cobertura:  Nombre de la otra cobertura: Núm. de identificación Núm. de grupo  para esta cobertura: para esta cobertura:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] | | | | | | | |
| 3. ¿Usted o su cónyuge trabajan?  Sí  No | | | | | | | |
| [*Optional field:* **Indique el nombre del médico de atención primaria (PCP):**  Nombre del médico: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Número de teléfono: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**] | | | | | | | |
| [*Optional field:* **Escriba el nombre de su hospital, clínica o centro de salud de preferencia:**  Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_] | | | | | | | |
| **Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea español o en un formato accesible:**  <include list of available languages>  <include list of accessible formats (like Braille, audio tape, or large print)>  Si necesita información en un formato accesible o un idioma distinto de los mencionados arriba, póngase en contacto con <plan name> al <phone number>. Atendemos de <insert days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>. | | | | | | | |
| [*Optional field:* If plan delivers some documents electronically, insert language explaining the types of documents it sends and how (e.g., information about your enrollment to the email address you provide to us on this form), as well as how a member can opt to get paper versions of those documents instead (e.g., a checkbox to opt-out of getting documents electronically).] | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Lea esta información importante** |
| [*All PFFS plans insert:*<Plan name>, un plan privado de pago por servicio de Medicare Advantage, funciona de manera distinta del plan complementario de Medicare y de otros planes Medicare Advantage. Su médico u hospital no están obligados a aceptar los términos y condiciones de nuestro plan, y pueden optar por no brindarle tratamiento, salvo en casos de emergencia. Debe verificar que  sus proveedores acepten <plan name> antes de cada visita. Los proveedores pueden encontrar los términos y condiciones del plan en nuestro sitio web en <insert link to PFFS terms and conditions>.]  [*All PFFS plans insert, except for cases in which* *beneficiary is switching from one PFFS plan to another PFFS plan offered by the same MAO*: Una vez que <plan name> reciba su formulario de inscripción, un representante del plan se comunicará con usted por teléfono. El propósito de esta llamada es asegurar que usted comprenda el funcionamiento del plan privado de pago por servicio y confirmar su intención de inscribirse en <plan name>. Si <plan name> no puede comunicarse con usted por teléfono, recibirá una carta por correo con información similar.]  [*PFFS-PD plans insert:* Si en la actualidad cuenta con la cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en <PFFS-PD Name> podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato.Si cuenta con una cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en un <PFFS-PD Name> puede modificar el funcionamiento de su cobertura actual. Usted o sus dependientes podrían perder completamente su otra cobertura de salud o cobertura para medicamentos, y no recuperarla si usted se inscribe en <plan name>. Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite el sitio web o comuníquese con la oficina que figura en las comunicaciones. Si no cuenta con ninguna información sobre con quién contactarse, puede recibir ayuda del administrador de beneficios o la oficina encargada de responder preguntas sobre su cobertura.] |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lea y firme a continuación:** | |
| **Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:**  <Plan Name> es un plan privado de pago por servicio de Medicare que ha celebrado un contrato con el gobierno federal. Tendré que conservar la cobertura de las Partes A y B de Medicare. Comprendo que este plan es un plan privado de pago por servicio de Medicare Advantage y que solo puedo tener un plan de atención médica Medicare a la vez. Solamente puedo tener un plan Medicare Advantage a la vez y comprendo que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud [*PFFS w/PD insert* “o de medicamentos con receta de Medicare”]. Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga o que pueda obtener en el futuro. [*PFFS w/o PD only plans insert:* “Comprendo que, dado que este plan no ofrece cobertura para medicamentos con receta de Medicare, puedo obtener esta cobertura de otro plan de medicamentos con receta de Medicare. Si no tengo cobertura para medicamentos con receta de Medicare o una cobertura para medicamentos con recetaacreditable (tan buena como la de Medicare),tal vez deba pagar una multa por inscripción tardía si me inscribo más adelante en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare.”] La inscripción en este plan es generalmente para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo cancelar mi inscripción en el plan o efectuar cambios solo en determinados momentos del año si existe un período de inscripción disponible (por ejemplo: el Período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o en determinadas circunstancias especiales.  Como un plan privado de pago por servicio de Medicare, <plan name> funciona de manera distinta del plan complementario de Medicare y de otros planes Medicare Advantage. <Plan name> pagará en lugar de Medicare y yo seré responsable de los montos que <plan name> no cubra, como copagos y coseguros. Original Medicare no pagará mi atención médica mientras esté inscrito en <plan name>.  Antes de ver a un proveedor, debo verificar si este acepta <plan name>. Comprendo que mis proveedores de atención médica tienen el derecho a aceptar o no los términos y condiciones de pago de <plan name> cada vez que los visite. Comprendo que, si mi proveedor no acepta <plan name>, tendré que buscar a otro proveedor.  <Plan name> brinda servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que <plan name> brinda servicios, debo notificar a <plan name> para poder cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en la nueva área. Una vez que sea miembro de <plan name>, tendré derecho a apelar las decisiones que tome el plan respecto de pagos o servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré el [insert either Manual del miembro or documento de Evidencia de cobertura] de <plan name> cuando lo reciba para conocer las normas que debo respetar para obtener cobertura con este plan privado de pago por servicio. Comprendo que las personas que tienen Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, salvo por la cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.  Comprendo que, si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por <plan name>, esta persona puede recibir un pago en función de mi inscripción en <plan name>.  **Divulgación de información:** Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que el plan de salud de Medicare divulgará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para cualquier tratamiento, pago o procedimientos de atención médica. También reconozco que <plan name> divulgará mi información [**PFFS-PD plans insert:** incluidos los datos sobre acontecimientos relacionados con medicamentos con receta,] a Medicare, que puede divulgarla con fines de investigación o para otros fines que respeten todas las leyes y reglamentaciones federales aplicables. A mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. 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 autorizada para actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud implica que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si una persona autorizada (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para realizar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad estará disponible en caso de que Medicare la requiera. | |
|  | |
| ***Firma:*** | ***Fecha de hoy:*** |
| *Si es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:*  ***Nombre:*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  ***Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  ***Número de teléfono:*** *(\_\_\_) \_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_*  ***Relación con la persona inscrita:*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | |

**Únicamente para uso oficial**:

Nombre del miembro del personal, agente o corredor (si brindó ayuda para la inscripción): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Núm. de identificación del plan: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ICEP/IEP: \_\_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_\_ SEP (tipo): \_\_\_\_\_\_ No es elegible: \_\_\_\_\_\_

[*optional space for other administrative information needed by plan*]

# Prueba 1d: Modelo de formulario de inscripción simplificado

Mencionado en la sección 40.1.9

(Rev. 1, emitida: 31 de julio de 2018; Entrada en vigencia/implementación: 01-01-2019).

*[MA Organizations must collect all required data as outlined in Appendix 2. Additional data elements must be added for any required data not already available.]*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Usted solicita inscribirse en un plan Medicare Advantage ofrecido por <name of MA Organization>. Acepta permitirle a <name of MA Organization> el uso de su información personal que tenemos archivada de su inscripción actual en <our non-Medicare coverage *[or optionally: name non-Medicare plan]*> a fin de completar su solicitud de inscripción. | | | | |
| **Cuéntenos sobre usted**: | | | | |
| APELLIDO: | NOMBRE de pila: | | | Inicial del 2.º nombre: |
| Su número de miembro de su plan de salud <non-Medicare plan name> actual: | Su número de Medicare: | | | (Opcional)  Inicio de la cobertura de la Parte A:  Inicio de la cobertura de la Parte B: |
| Su número de teléfono (por si necesitamos comunicarnos con usted): | | | | |
| **Indíquenos en qué plan desea inscribirse:** [*Include plan names and premiums. If using form for multiple plans, display options for beneficiary to clearly indicate plan choice.*] | | | | |
| \_\_\_\_ Plan A $XX por mes \_\_\_\_\_ Plan B $XX por mes  [If offering a zero premium plan or reduction of the Part B premium, may delete or modify the references to plan and Medicare premiums:] Comprendo que este plan podría tener una red de proveedores diferente y que debo pagar la prima mensual del plan, además de las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare que pudiera adeudar.  *[May include options for premium payment. If not offering options for premium payment, include:* Recibirá una factura de <plan name> por su prima mensual. Comuníquese con <plan name> si desea pagar su prima mediante <payment options offered by the plan>.*]* | | | | |
| *[Add any other items not available via internal data sharing to collect the remainder of required information]* | | | | |
| Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea español o en un formato accesible:  \_\_\_\_ <include list of available languages>  \_\_\_\_ <include list of accessible formats (like Braille, audio tape, or large print)>  Si necesita información en un formato accesible o un idioma distinto de los mencionados arriba, póngase en contacto con <plan name> al <phone number>. Atendemos de <insert days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>. | | | | |
| **IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:** | | | | |
| * <Plan name> es un plan de medicamentos con receta Medicare Advantage que ha celebrado un contrato con el gobierno federal. Debo mantener tanto la Parte A como la Parte B para seguir inscrito en <plan name>. * Comprendo que, si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por <plan name>, esta persona puede recibir una compensación en función de mi inscripción en <plan name>. * **Divulgación de información:** Al inscribirme en este plan de medicamentos con receta Medicare Advantage, reconozco que el plan divulgará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para cualquier tratamiento, pago o procedimientos de atención médica. También reconozco que <plan name> divulgará mi información a Medicare, incluidos los datos sobre acontecimientos relacionados con medicamentos con receta, y que Medicare puede divulgarla con fines de investigación o para otros fines que respeten todas las leyes y reglamentaciones federales aplicables. * A mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si proporciono información falsa en este formulario de manera intencional, se cancelará mi inscripción en el plan. Comprendo que las personas que tienen Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, salvo por la cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos. * Comprendo que, cuando comience la cobertura de <plan name>, deberé obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de <plan name>. Los beneficios y servicios autorizados por <plan name> e incluidos en el documento de Evidencia de cobertura de <plan name> (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. **Si no se cuenta con autorización, ni Medicare ni <plan name> pagarán los beneficios o servicios.** * Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud implica que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud.  Si una persona autorizada (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica que:   1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para realizar esta inscripción; y  2) la documentación de esta autoridad estará disponible en caso de que Medicare la requiera. | | | | |
| **Firma:** | | | **Fecha:** | |
| Si es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información: | | | | |
| Nombre: | | Dirección: | | |
| Número de teléfono: | | Relación con la persona inscrita: | | |

# Prueba 1: Modelo de formulario de inscripción al plan Cost

(Rev. 2, emitida: 31 de julio de 2018; Entrada en vigencia/implementación: 01-01-2019).

[Organizations may include the image of the Medicare card in enrollment mechanisms.]

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Para inscribirse en <name of plan>, proporcione la siguiente información:** | | | | | | |
| [*Optional Field* **Marque en qué plan desea inscribirse:**  \_\_\_\_ Producto ABC $XX por mes\* \_\_\_\_ Producto XYZ $XX por mes\* ]  \*Debe seguir pagando las primas de la Parte B. | | | | | | |
| Indique la fecha de entrada en vigencia de la inscripción solicitada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| APELLIDO: NOMBRE de pila: Inicial del 2.º nombre: | | | | |  Sr.   Sra.   Srta. | |
| Fecha de nacimiento:  (\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_)  (M M /D D/ A A A A) | Género:   M  F | | | Número de teléfono:  ( ) | | |
| Dirección de residencia permanente: | | | | | | |
| Ciudad: | | Estado: | | [*Optional:* Condado:] | | Código postal: |
| **Dirección postal** (solamente si es distinta de la dirección de residencia permanente):  Dirección: Ciudad: Estado: Código postal: | | | | | | |
| [Optional field: **Contacto para emergencias:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_]  [Optional field: **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ]  [Optional field: **Relación con usted:** \_\_\_\_\_\_\_] | | | | | | |
| [*Optional field* **Dirección de correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_]** | | | | | | |
| **Proporcione la información del seguro de Medicare** | | | | | | |
| Tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare  a mano para completar esta sección.     * Complete esta información tal como aparece en la tarjeta de Medicare.   O BIEN­   * Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare  o su carta del Seguro Social o de la Junta  de jubilación para ferroviarios. | | | Nombre (tal como aparece en la tarjeta de Medicare):  Número de Medicare:  Tiene derecho a:  Fecha de entrada en vigencia:  COB. HOSPITALARIA (Parte A)  COB. MÉDICA (Parte B)  Debe tener la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Cost. | | | |
| *[Optional: (this section applies only to cost plans offering an optional supplemental Part D benefit)]:*  **Sus opciones de pago de la prima del plan** | | | | | | | |
| Puede pagar la prima mensual del plan por correo <insert optional methods: “transferencia electrónica de fondos (EFT)”, “tarjeta de crédito”> todos los meses <insert optional intervals, if applicable, for example “o trimestralmente”>. También puede pagar la prima todos los meses mediante descuento automático de su cheque del Seguro Social.  [Optional: Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidos los deducibles anuales, las primas mensuales de los medicamentos con receta y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no quedarán supeditadas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos para obtener estos beneficios y no lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda adicional, póngase en contacto con una oficina local del Seguro Social o bien llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar Ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp*.*]  Si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan por este beneficio. Si Medicare paga solamente una parte de la prima, le enviaremos a usted la factura por el monto que Medicare no cubra.  Si no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses <*optional language in place of*  *“bill each month”:* “libreta de cupones” *or* “libreta de pago”>.  **Elija una opción de pago de la prima:**   Reciba una factura <option: “libreta de cupones”, “libreta de pago”, etc>  *<option to include other billing intervals e.g. bi-monthly, quarterly>*  [*Include other optional methods, such as EFT* & *credit card as follows:*   Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:  Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Número de enrutamiento del banco: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Número de cuenta bancaria: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_   Tipo de cuenta:  De cheques  De ahorros   Tarjeta de crédito. Proporcione la siguiente información:  Tipo de tarjeta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Nombre del titular de la cuenta como aparece en la tarjeta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número de cuenta:   Fecha de vencimiento: *\_ \_/\_* \_ \_ \_ (MM/AAAA)]   Descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).  Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB  (La deducción del Seguro Social o de la RRB puede demorar dos meses o más en comenzar luego de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de descuento automático, el primer descuento del cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB no incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones. Le [*insert one of the following or similar billing language:* enviaremos una factura en papel/enviaremos una libreta de cupones] para dichos meses antes de que comience la deducción de su cheque del Seguro Social/RRB. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de descuento automático, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales). | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Lea y responda estas preguntas importantes:** |
| 1. ¿Padece una enfermedad renal terminal (ESRD)?  Sí  No  Si la respuesta es “Sí” y ya no necesita diálisis regular, o le realizaron un trasplante de riñón con éxito, **adjunte una nota o registros** de su médico que demuestren que no necesita diálisis o que le realizaron un trasplante de riñón con éxito. |
| 2. ¿Usted o su cónyuge trabajan?  Sí  No  ¿Tiene cobertura de salud a través de su empleador actual o anterior o a través del de su cónyuge?  Sí  No  Si la respuesta es “Sí”, proporcione la siguiente información:  Nombre del empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección del empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado?  Sí  No  Si la respuesta es “Sí”, proporcione su número de Medicaid: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [*Cost plans offering an optional supplemental Part D benefit must include:*  4. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura para medicamentos, incluso otro seguro privado, a través de un empleador o el empleador del cónyuge, TRICARE, cobertura federal de beneficios de salud para empleados, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica.  ¿Tiene o tendrá otra cobertura para medicamentos con receta además de <plan name>? □Sí □No  Si la respuesta es “Sí”, mencione la otra cobertura y su número de identificación para esa cobertura:  Nombre de la otra cobertura: Núm. de identificación Núm. de grupo   para esta cobertura: para esta cobertura:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] |
| [*Optional field* **Elija el nombre del médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud (de ser necesario):** ] |
| **Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea español o en un formato accesible:**  <include list of available languages>  <include list of accessible formats (like Braille, audio tape, or large print) >  Si necesita información en un formato accesible o un idioma distinto de los mencionados arriba, póngase en contacto con <plan name> al <phone number>. Atendemos de <insert days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>. |
| [*Optional field:* If plan delivers some documents electronically, insert language explaining the types of documents it sends and how (e.g., information about your enrollment to the email address you provide to us on this form), as well as how a member can opt to get paper versions of those documents instead (e.g., a checkbox to opt-out of getting documents electronically).] |

|  |  |
| --- | --- |
| *[This box required only for cost plans offering an optional supplemental Part D benefit:]*    **Lea esta información importante** | |
| **Si en la actualidad cuenta con la cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en <Cost Plan Name> podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato.** Si cuenta con una cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en <Cost Plan Name> y la selección del beneficio de medicamentos con receta de Medicare pueden modificar el funcionamiento de su cobertura actual. Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite el sitio web o comuníquese con la oficina que figura en las comunicaciones. Si no cuenta con ninguna información sobre con quién contactarse, puede recibir ayuda del administrador de beneficios o la oficina encargada de responder preguntas sobre cobertura. | |
| **Lea y firme a continuación:** | |
| **Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:**  <Cost Plan Name> es un plan de salud de Medicare y deberé conservar la Parte B de Medicare.  Puedo tener solamente un plan de salud de Medicare a la vez. Es mi responsabilidad informarles  sobre cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga o que pueda obtener en el futuro. Entiendo que puedo cancelar mi inscripción en este plan en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a <Cost Plan Name> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) en cualquier momento, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al  1-­877-486-2048.  <Cost Plan Name> brinda servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que <Cost Plan Name> brinda servicios, debo notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en la nueva área. Una vez que sea miembro de <Cost Plan Name>, tendré derecho a apelar las decisiones que tome el plan respecto de pagos o servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré el [insert either Manual del miembro or documento de la Evidencia de cobertura] de [name] cuando lo reciba para conocer las normas que debo respetar para obtener cobertura con este plan de salud de Medicare.  Comprendo que, a partir de la fecha en que comience la cobertura de [name of plan], para que [Cost Plan Name] cubra por completo mis servicios médicos (excepto los servicios de emergencia o de urgencia), toda mi atención médica deberá ser proporcionada o coordinada por [name of plan]. Si obtengo servicios que no hayan sido proporcionados o coordinados por el plan, seré responsable de pagar todos los deducibles y coseguros de Medicare, como así también cualquier cargo adicional, según lo indicado por el programa de Medicare. También podría tener que pagar los cargos que no estén cubiertos por Medicare.  Los beneficiarios de Medicare no suelen estar cubiertos por Medicare mientras están fuera del país, salvo por la cobertura limitada en Canadá y México. Los servicios autorizados por [name of plan] y otros servicios incluidos en el documento de Evidencia de cobertura de [name of plan] (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos.  **Divulgación de información:** Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que el plan de salud de Medicare divulgará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para cualquier tratamiento, pago o procedimientos de atención médica. *[If offering an optional supplemental Part D benefit include: También reconozco que <Cost Plan Name> divulgará mi información a Medicare, incluidos los datos sobre acontecimientos relacionados con medicamentos con receta, y que Medicare puede divulgarla con fines de investigación o para otros fines que respeten todas las leyes y reglamentaciones federales aplicables.]* A mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. 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 autorizada para actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado en el que vivo*)* en esta solicitud implica que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si una persona autorizada (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para realizar esta inscripción y  2) la documentación de esta autoridad estará disponible en caso de que <Cost Plan Name> o Medicare la requieran. | |
| **Su firma:** | **Fecha de hoy:** |
| Si es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información:  **Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Dirección:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_  **Relación con la persona inscrita:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

**Únicamente para uso oficial:**

Nombre del miembro del personal (si brindó ayuda para la inscripción):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Núm. de identificación del plan:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*[Enrollment Period when applicable]* IEP: \_\_\_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_\_\_\_ SEP (tipo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[optional space for other administrative information needed by plan]

<Federal Contracting Statement>

# Prueba 1 - Modelo de formulario de inscripción en el PDP

(Rev. 2, emitida: 31 de julio de 2018; Entrada en vigencia/implementación: 01-01-2019).

**[Logo/Name of the Medicare Drug Plan]**

**<PDP Name>** Formulario de inscripción individual en el plan de medicamentos con receta de Medicare (PDP).

Póngase en contacto con <plan name> si necesita información en otro idioma o formato (braille).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Para inscribirse en <PDP name>, proporcione la siguiente información:** | | | | | |
| [*Required if form used for multiple plans*: **Indique con una marca en qué plan quiere inscribirse:**  Producto ABC $XX por mes Producto XYZ $XX por mes] | | | | | |
| APELLIDO: NOMBRE de pila: Inicial del 2.º nombre: | | | | | Sr.  Sra.  Srta. |
| Fecha de nacimiento:  (\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_)  (M M / D D/ A A A A) | Sexo:  M  F |  | | | Número de teléfono particular:  ( ) |
| Dirección de residencia permanente (no se admiten casillas de correo): | | | | | |
| Ciudad: | | | | Estado: | Código postal: |
| **Dirección postal** (solamente si es distinta de la dirección de residencia permanente):  Dirección: Ciudad: Estado: Código postal: | | | | | |
| **Contacto para emergencias:** [Optional field] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Número de teléfono**: [Optional field]\_\_\_\_\_\_\_\_ **Relación con usted:** [Optional field] \_\_\_\_\_ | | | | | |
| [Optional field] **Dirección de correo electrónico:** | | | | | |
| **Proporcione la información del seguro de Medicare** | | | | | |
| Tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare a mano para completar esta sección.   * Complete esta información tal como aparece en la tarjeta de Medicare.     O BIEN   * Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios. | | | Nombre (tal como aparece en la tarjeta de Medicare):  Número de Medicare:  Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigencia:  COB. HOSPITALARIA (Parte A)  COB. MÉDICA (Parte B)  Debe tener la Parte A o la Parte B de Medicare  (o ambas) para inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare. | | |

|  |
| --- |
| **Cómo pagar la prima del plan** |
| **Puede pagar la prima mensual del plan (incluso la multa por inscripción tardía que tenga o que adeude) por correo <***insert optional methods*: **“transferencia electrónica de fondos (EFT)”, “tarjeta de crédito”> todos los meses <***insert optional intervals, if applicable, for example* **“o trimestralmente”>. También puede pagar la prima todos los meses mediante descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios. Si a usted se le adjudica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted deberá pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. A usted se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios, o bien recibirá la factura directamente de Medicare. NO pague el monto extra del ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D a <PDP name>.**  Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidos los deducibles anuales, las primas mensuales de los medicamentos con receta y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no quedarán supeditadas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos beneficios y no lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda adicional, póngase en contacto con una oficina local del Seguro Social o bien llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al  1-800-325-0778. También puede solicitar Ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.  Si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una parte de la prima, le enviaremos a usted la factura por el monto que Medicare no cubra.  Si no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses <*optional language in place of “bill each month*”: “libreta de cupones” or “libreta de pago”>.  **Elija una opción de pago de la prima:**  Reciba una factura <option: “libreta de cupones”, “libreta de pago”, etc>  <*option to include other billing intervals e.g. bi-monthly, quarterly*>  <*Include other optional methods, such as EFT & credit card as follows:*  Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:  Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número de enrutamiento del banco: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Número de cuenta bancaria: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  Tipo de cuenta:  De cheques  De ahorros  Tarjeta de crédito. Proporcione la siguiente información:  Tipo de tarjeta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre del titular de la cuenta como aparece en la tarjeta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número de cuenta: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  Fecha de vencimiento: \_ \_/\_ \_ \_ \_ (MM/AAAA)>  Descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios.  Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB |

|  |
| --- |
| (Esta deducción del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios puede tardar dos o más meses en comenzar. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la Junta de jubilación para ferroviarios aceptan su solicitud de descuento automático, el primer descuento del cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o la Junta de jubilación para ferroviarios no aprueban su solicitud de descuento automático, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales). |
|  |
| **Responda las siguientes preguntas:** |
| 1. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura para medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios de salud para empleados, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica.  ¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta además de <PDP name>?  Sí  No  Si la respuesta es “Sí”, mencione la otra cobertura y su número de identificación de esa cobertura:  Nombre de la otra cobertura: Núm. de identificación Núm. de grupo   para esta cobertura: para esta cobertura:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2. ¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia?  Sí  No  Si la respuesta es “Sí”, proporcione la siguiente información:  Nombre de la institución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle):\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea español o en un formato accesible:**  <include list of available languages>  <include list of accessible formats (e.g. Braille, audio tape, or large print)>  Si necesita información en un formato accesible o un idioma distinto de los mencionados arriba, póngase en contacto con <PDP name> al <phone number>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>. Atendemos de <insert days and hours of operation>. |
| [*Optional field:* If plan delivers some documents electronically, insert language explaining the types of documents it sends and how (e.g., information about your enrollment to the email address you provide to us on this form), as well as how a member can opt to get paper versions of those documents instead (e.g., a checkbox to opt-out of getting documents electronically).] |

|  |
| --- |
| **Lea esta información importante** |
| **Si usted es miembro de un plan Medicare Advantage** (como HMO o PPO), es posible que ya tenga una cobertura para medicamentos con receta de su plan Medicare Advantage que satisfaga sus necesidades. Es posible que se cancele la membresía de su plan Medicare Advantage si usted se inscribe en <PDP name>. E**sto afectará tanto su cobertura médica y hospitalaria como su cobertura para medicamentos con receta.** Lea la información que le envía su plan Medicare Advantage y, si tiene preguntas, póngase en contacto con su plan Medicare Advantage.  **Si en la actualidad cuenta con la cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en <PDP Name> podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato.**  Si se inscribe en <PDP name> podría perder la cobertura de salud provista por su empleador o sindicato. Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite el sitio web o comuníquese con la oficina que figura en las comunicaciones. Si no cuenta con información sobre con quién contactarse, puede recibir ayuda del administrador de beneficios o la oficina encargada de responder preguntas sobre su cobertura. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lea y firme a continuación:** | |
| **Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:**  <PDP Name> es un plan de medicamentos de Medicare que ha celebrado un contrato con el gobierno federal. Comprendo que esta cobertura para medicamentos con receta es complementaria a mi cobertura de Medicare; por lo tanto, debo mantener mi cobertura de la Parte A o de la Parte B de Medicare. Es mi responsabilidad informar a <PDP name> sobre cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga o que pueda obtener en el futuro. Solo puedo estar inscrito en un plan de medicamentos con receta de Medicare a la vez. Si ya estoy inscrito en un plan de medicamentos con receta de Medicare, mi inscripción en <PDP name> cancelará la otra inscripción. La inscripción en este plan es generalmente para todo el año. Una vez que esté inscrito, es posible que deje este plan, o que realice cambios en él, por lo general, durante el Período de inscripción anual (desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre), salvo que cumpla con ciertas circunstancias especiales.  <PDP Name> brinda servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que <PDP Name> brinda servicios, debo notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en la nueva área. Comprendo que debo utilizar las farmacias de la red, salvo en caso de emergencia, cuando no sea razonable utilizar las farmacias de la red de <PDP name>. Una vez que sea miembro de <PDP Name>, tendré derecho a apelar las decisiones que tome el plan respecto de pagos o servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de cobertura de <PDP name> cuando lo reciba para conocer las normas que debo respetar para obtener cobertura.  Comprendo que, si dejo este plan y no tengo o recibo otra cobertura para medicamentos con receta de Medicare o una cobertura para medicamentos con receta acreditable (tan buena como la de Medicare), tal vez deba pagar una multa por inscripción tardía además de la prima que deba pagar para la cobertura para medicamentos con receta de Medicare en el futuro.  Comprendo que, si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por <PDP name>, esta persona puede recibir un pago en función de mi inscripción en <PDP name>.  Puede haber servicios de asesoría disponibles en mi estado que ofrecen asistencia con respecto al seguro complementario de Medicare u otras opciones de planes Medicare Advantage o planes de medicamentos con receta, la asistencia médica mediante el programa Medicaid del estado y el Programa de ahorros de Medicare.  **Divulgación de información:**  Al inscribirme en este plan de medicamentos con receta de Medicare, reconozco que <PDP Name> divulgará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para cualquier tratamiento, pago o procedimientos de atención médica. También reconozco que <PDP Name> divulgará mi información a Medicare, incluidos los datos sobre acontecimientos relacionados con medicamentos con receta, y que Medicare puede divulgarla con fines de investigación o para otros fines que respeten todas las leyes y reglamentaciones federales aplicables. A mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. 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 autorizada para actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud implica que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si una persona autorizada (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para realizar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad estará disponible en caso de que Medicare la requiera. | |
| **Firma:** | **Fecha de hoy:** |
| Si es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:  **Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Número de teléfono**: (\_\_\_) \_\_\_\_- \_\_\_\_\_  **Relación con la persona inscrita:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |
| --- |
| **Solo para uso del plan de medicamentos con receta de Medicare**:  Núm. de identificación del plan:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ IEP: \_\_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ SEP (tipo): \_\_\_\_\_\_  Nombre del representante, agente o corredor del plan:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [*optional space for other administrative information needed by plan*] |