

Formulario de solicitud de inscripción individual

Para inscribirse en un plan Medicare Advantage (Parte C) o en un plan de medicamentos con receta de Medicare (Parte D)



¿Quién puede utilizar este formulario?

Las personas que tienen Medicare y desean inscribirse en un plan Medicare Advantage o un plan de medicamentos con receta de Medicare.

Para inscribirse en un plan, debe cumplir los siguientes requisitos:

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

Importante: para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener lo siguiente:

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

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para obtener cobertura a partir del 1.º de enero)
- Dentro de los 3 meses de obtener Medicare por primera vez
- En determinadas situaciones en las que puede inscribirse o cambiar de plan

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

Nota: debe completar todos los campos en la Sección 1. En la Sección 2, los campos son opcionales. No se le puede denegar la cobertura si no los completa.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Se le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta Ferroviaria de Retiro).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Care N' Care Insurance Company
1701 River Run Suite 402
Fort Worth, TX 76107

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

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Care N' Care al 1-877-905-9214. 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 Care N' Care al 1-877-905-9214/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona estará en la obligación de responder a un instrumento de recopilación de datos que no exhiba un número de control vigente emitido por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control vigente emitido por la OMB para esta recopilación de datos es 0938-NEW. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es de un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, reunir los datos que sean necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún documento con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Se destruirá cualquier documento que recibamos que no se refiera a la mejora de este formulario o a la carga de recopilación (descrito en la OMB 0938-1378). No se guardará, revisará ni se enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios (salvo que estén marcados como opcionales)

Seleccione el plan en el que desea inscribirse:

- Care N' Care Choice Premium PPO \$200 por mes
 Care N' Care Choice Plus PPO \$55 por mes
 Care N' Care Choice PPO \$0 por mes

- Care N' Care Choice MA-Only PPO \$0 por mes
 Care N' Care Classic HMO \$0 por mes

Cláusula adicional para beneficios complementarios opcionales:

- Cláusula adicional para salud dental de Care N' Care \$20 por mes

NOMBRE:

APELLIDO:

Inicial del 2.º nombre:

Fecha de nacimiento:
(MM/DD/AAAA)

Sexo:

- Masculino Femenino

Número de teléfono:

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado de correos [PO Box])

Ciudad:

Condado:

Estado:

Código postal:

Dirección postal, si es distinta de la dirección permanente (se admite un apartado de correos [PO Box]):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Su información de Medicare:

Número de Medicare:

__ - __ - - - - -

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta (como VA o TRICARE) además de Care N' Care? Sí No
Nombre de la otra cobertura: Número de miembro para esta cobertura: Número de grupo para esta cobertura:

IMPORTANTE: lea y firme a continuación:

- Para permanecer en Care N' Care, debo mantener la cobertura hospitalaria (Parte A) y médica (Parte B).
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage o en el plan de medicamentos con receta de Medicare, acepto que Care N' Care compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de estos datos (consulte a continuación la Declaración de la Ley de Privacidad).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar su inscripción en el plan.
- 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, en forma 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 EE. UU.
- Comprendo que, al comenzar mi cobertura de Care N' Care, debo recibir todos los beneficios médicos y de medicamentos con receta de parte de Care N' Care. Estarán cubiertos los beneficios y servicios brindados por Care N' Care e incluidos en el documento de "Evidencia de cobertura" de Care N' Care (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni Care N' Care pagarán por los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente para actuar en mi nombre) en esta solicitud implica que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si un representante autorizado (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica que:
 - 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para realizar esta inscripción; y
 - 2) la documentación de esta autoridad estará disponible en caso de que Medicare la requiera.

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 puede decidir si responde o no estas preguntas. No se le puede denegar la cobertura si no los completa.

Indique el nombre de su médico de atención primaria (PCP): _____
NOTA: si se inscribe en el plan HMO y no se proporciona un PCP, Care N' Care le asignará uno automáticamente.

Fecha de entrada en vigencia de la Parte A de Medicare: _____
Fecha de entrada en vigencia de la Parte B de Medicare: _____

¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? Sí No
Si la respuesta es "sí", proporcione el número de Medicaid: _____

¿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): _____

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

Cómo pagar las primas del plan

Puede pagar la prima mensual del plan (incluida la multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que pueda adeudar) todos los meses por correo, mediante el portal de pagos en línea en cnchealthplan.com/members o por transferencia electrónica de fondos (EFT). **También puede pagar la prima todos los meses mediante descuento automático de su beneficio del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro (Railroad Retirement Board, RRB).**

Si debe pagar el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto adicional además de la prima del plan. Por lo general, el monto se descuenta de su beneficio del Seguro Social o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). **NO pague a Care N' Care el IRMAA de la Parte D.**

Si no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Elija una opción de pago de la prima:

- Recibir una factura mensual.
- 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 la cuenta bancaria: _____
Tipo de cuenta: Corriente De ahorro

Descuento automático de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro (Railroad Retirement Board, RRB).

Obtengo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social/la RRB puede demorarse hasta dos meses o más en comenzar luego de que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, 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 deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales).

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés. Español

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

- Braille Letra grande CD de audio

Si necesita información en un formato accesible distinto de los mencionados arriba, póngase en contacto con Care N' Care llamando al 1-877-905-9214. Nuestro horario de atención desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar del centro, los 7 días de la semana y, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Quiero recibir los siguientes documentos por correo electrónico. Seleccione una o más opciones:

- Aviso anual de cambios
- Evidencia de cobertura
- Boletín informativo

Dirección de correo electrónico: _____

Información del agente:

Nombre del agente/corredor, si ayudó con la inscripción: _____ Número de NPN: _____

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____

Fecha en la que el agente recibió la solicitud: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No elegible: _____

Declaración de la Ley de Privacidad

Los Centros de Servicios de Centers for Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan datos de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o en los planes de medicamentos con receta (PDP), mejorar la atención y realizar el pago de los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y el Título 42 de las Secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de estos datos. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de las inscripciones de los beneficiarios de Medicare como se especifica en "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)" del Aviso del sistema de registros (SORN), Sistema N.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar su inscripción en el plan.

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Por lo general, solamente podrá inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el período de inscripción anual, desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea detenidamente los siguientes enunciados y marque la casilla del enunciado que se aplique en su caso. Al marcar alguna de las siguientes casillas, usted certifica que, según su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si, más adelante, determinamos que esta información es incorrecta, se puede cancelar su inscripción en el plan.

- Soy un miembro nuevo de Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o hace poco me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (colocar la fecha) _____.
- Recientemente salí de prisión. Me liberaron el (colocar la fecha) _____.
- Recientemente volví al país después de vivir en forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (colocar la fecha) _____.
- Recientemente obtuve la ciudadanía de los Estados Unidos. Obtuve la ciudadanía el (colocar la fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recién obtuve Medicaid, tuvo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (colocar la fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en la Ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos con receta de Medicare (recién obtuve Ayuda adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el (colocar la fecha) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura para mis medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me voy a mudar a un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia o centro de atención a largo plazo), o vivo o recientemente me mudé de uno. Me mudé/ mudaré al/del centro el (colocar la fecha) _____.
- Recientemente dejé el programa PACE el (colocar la fecha) _____.
- Recientemente perdí mi cobertura acreditable para medicamentos con receta de forma involuntaria (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí la cobertura para mis medicamentos con receta el (colocar la fecha) _____.

- Voy a abandonar la cobertura de mi empleador o sindicato el (colocar la fecha) _____.
- Participo en un programa de asistencia farmacéutica que ofrece mi estado.
- Mi plan va a terminar su contrato con Medicare, o Medicare va a terminar su contrato con mi plan.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (colocar la fecha) _____.
- Estaba inscrito en un plan de necesidades especiales (SNP), pero ya no califico para participar en ese plan. Cancelaron mi inscripción del SNP el (colocar la fecha) _____.
- Fui afectado por una emergencia climática o por una catástrofe grave (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA]). Uno de los enunciados anteriores se aplica a mi caso, pero no pude inscribirme a causa del desastre natural.

Si ninguno de estos enunciados se aplica a su caso, o si no está seguro, comuníquese con Care N' Care (HMO/PPO) al 1-877-905-9214 (los usuarios TTY deben llamar al 711) para verificar si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora estándar del centro, los 7 días de la semana y, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora estándar del centro, de lunes a viernes.