

## Formulario de solicitud de inscripción individual (HMO) 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)
- En los 3 meses posteriores a obtener Medicare por primera vez
- En determinadas situaciones en las que puede inscribirse o cambiar de plan

Visite [Medicare.gov](http://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 (desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado 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 completado y firmado a:

Care N' Care Insurance Company, Inc.  
1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300  
Farmers Branch, TX 75234

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 (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona estará en la obligación de responder a un instrumento de recolección 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 recolección 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 recolección 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 la recolección (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 completado al plan.

**Sección I: 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 Classic HMO \$0 por mes  
 Southwestern Health Select HMO \$0 por mes

**Cláusula adicional opcional para beneficios complementarios:**

- Cláusula adicional de salud dental de Care N' Care \$25 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 o Southwestern Health Select?  Sí  No

Nombre de otra cobertura: \_\_\_\_\_ Número de miembro para esta cobertura: \_\_\_\_\_ Número de grupo para esta cobertura: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:**

- Debo mantener la cobertura hospitalaria (Parte A) y médica (Parte B) para permanecer en Care N' Care.
- 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, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recolección de esta información (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, de 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. 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) estarán cubiertos. 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 comprendido el contenido de esta solicitud. Si un representante autorizado (como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica lo siguiente:
  - 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 las completa.**

Indique su médico de atención primaria (PCP): \_\_\_\_\_

**NOTA:** Si 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 su 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](http://cnchealthplan.com/members) o por transferencia electrónica de fondos (EFT). **También puede pagar su 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 su 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 ruta del banco: \_\_\_\_\_

Número de cuenta bancaria: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta:  Corriente  De ahorro

Deducción automática de su cheque de beneficios 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/de 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 de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de su 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 de 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. Nuestros horarios de atención son desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar central, o desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar central. 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 obtuvo ayuda para la inscripción: \_\_\_\_\_ Número de productor nacional (NPN): \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_ Fecha en que el agente recibió la solicitud: \_\_\_\_\_

Período de elección de cobertura inicial (ICEP)/Período de inscripción inicial (IEP): \_\_\_\_\_

Período de inscripción anual (AEP): \_\_\_\_\_ Período de elección especial (SEP) (tipo): \_\_\_\_\_ No elegible: \_\_\_\_\_

**Declaración de la Ley de Privacidad**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Medicare & Medicaid Services, CMS) recolectan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios de Medicare Advantage (MA) o de los planes de medicamentos con receta (PDP), para mejorar la atención y para realizar el pago de los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR) autorizan la recolección de esta información. 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, usted solamente puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el período de inscripción anual, que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.** Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea detenidamente las siguientes declaraciones y marque la casilla de la declaración que se aplique en su caso. Si marca cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, según su leal saber y entender, usted 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 (OEP de MA).
- 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 de 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, me cambié de nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (colocar la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente tuve un cambio en la Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recién obtuve Ayuda adicional, me cambié de 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 tengo Ayuda adicional para pagar la cobertura de mis medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me voy a mudar o vivo en un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia o centro de atención a largo plazo), o recientemente me fui de un centro de este tipo. Me mudé/mudaré/me iré del centro el (colocar la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente salí del programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE) el (colocar la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente perdí mi cobertura acreditable para medicamentos con receta de forma involuntaria (una cobertura equivalente a la cobertura de Medicare). Perdí mi cobertura de 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 dicho plan. Cancelaron mi inscripción en el SNP el (colocar la fecha) \_\_\_\_\_.
- Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o por un desastre importante (según lo declara la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA]). Una de las declaraciones anteriores se aplica a mi caso, pero no pude inscribirme a causa del desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones 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. Estamos disponibles desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar central, o desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar central.