



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

¿Quiénes pueden usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare y desean afiliarse a un Medicare Advantage Plan.

Para afiliarse a un plan, debe:

- ser ciudadano o residente legal de los Estados Unidos,
- vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse en un Medicare Advantage Plan, también debe tener ambos:

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

¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede afiliarse a un plan:

- del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año (para que la cobertura comience el 1.º de enero);
- dentro de los 3 meses posteriores a obtener Medicare por primera vez;
- en determinadas situaciones en las que se le permita afiliarse o cambiar de plan.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede afiliarse a un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

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

Nota: Debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede denegar la cobertura por no completarlos.

Recordatorios:

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

¿Qué sucederá después?

Envíe su formulario completado y firmado a:

< L.A. Care Health Plan >

< Attn: Product Sales / Agent Enrollment >

< 1200 W. 7th Street, 2nd Floor >

< Los Angeles, CA 90017 >

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

¿Cómo puedo recibir ayuda con este formulario?

Llame a <L.A. Care Health Plan > al <1-833-592-3767>. Los usuarios de TTY pueden llamar al <711>.

O llame a Medicare al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a < L.A. Care Health Plan > al <1-833-592-3767 / TTY 711> o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin vivienda

- Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene una residencia permanente, puede usar una casilla postal, la dirección de un refugio o una clínica, o la dirección donde reciba su correspondencia (por ejemplo, los cheques del Seguro Social) como su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, las personas no tienen la obligación de responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB) válido. El número de control válido de la OMB para este pedido de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es de un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para leer las instrucciones, buscar los recursos de información existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la información solicitada. Si tiene algún comentario sobre la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, le pedimos que nos escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ninguna documentación con su información personal (como reclamos, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la Ley de Reducción de Papeleo (Paperwork Reduction Act, PRA). Cualquier documentación que recibamos que no esté relacionada con cómo mejorar este formulario o el pedido de información (según lo detallado en OMB 0938-1378) se destruirá. No se conservará, revisará ni remitirá al plan. Consulte la sección “¿Qué sucederá después?” en esta página para saber cómo enviarle al plan su formulario completado.

Sección 1. Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales).

Seleccione el plan al que desea afiliarse:

☐ L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) – <\$0> por mes

Nombre:

Apellido:

[Opcional: Inicial del segundo nombre]:

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
(____ / ____ / ____)

Sexo:
☐ Masculino ☐ Femenino

Número de
teléfono:
()

Tipo de número de
teléfono:
☐ De casa ☐ Móvil

Dirección de residencia permanente (no se permiten casillas postales. Nota: Para las personas sin vivienda, una casilla postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):

Ciudad:

[Opcional: Condado]:

Estado:

Código
postal:

Dirección postal, si difiere de su dirección permanente (puede ser una casilla postal):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Su información de Medicare:

Número de Medicare:

____ - ____ - ____

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como la cobertura de la Administración de Veteranos [Veterans Administration] o de TRICARE) además de
< L.A. Care Medicare Plus>? ☐ Sí ☐ No

Nombre de otra cobertura: Número de miembro de esta cobertura: Número de grupo de esta cobertura:

¿Está inscrito en Medi-Cal?
☐ Sí ☐ No

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

IMPORTANTE: Lea y firme lo siguiente:

- Debo conservar la cobertura hospitalaria (Parte A) y la cobertura médica (Parte B) para permanecer en <L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP)>.
- Al afiliarme a este plan Medicare Advantage, acepto que <L.A. Care Medicare Plus > compartirá mi información con Medicare, quien podrá usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por las leyes federales que autoricen la recopilación de esta información (vea el Aviso conforme a la Ley de Privacidad incluido en este documento). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar su inscripción en el plan.
- Comprendo que puedo estar inscrito en un solo plan MA a la vez y que mi inscripción en este plan pondrá fin automáticamente a mi inscripción en otro Medicare Advantage (MA) Plan (se aplican excepciones para los planes de pago por servicio privado [Private Fee-for-Service, PFFS] de MA y de cuenta de ahorro médico [Medical Savings Account, MSA] de MA).
- Comprendo que cuando mi cobertura de <L.A. Care Medicare Plus> comience, tendré que recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados a través de <L.A. Care Medicare Plus>. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por <L.A. Care Medicare Plus> e incluidos en mi documento de “Evidencia de cobertura” de <L.A. Care Medicare Plus> (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni <L.A. Care Medicare Plus> pagarán por los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se cancelará mi membresía en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada a actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y que comprendo el contenido de esta solicitud. Si firma un representante autorizado (según se describió anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) esta persona está autorizada por la ley estatal a completar esta inscripción, y
 - 2) la documentación de esta autorización se encuentra disponible si Medicare la solicita.

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 sección son opcionales.

Usted puede decidir si desea responder estas preguntas. No se le puede denegar la cobertura por no completarlas.

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

☐ Español ☐ Chino ☐ Coreano ☐ Armenio ☐ Ruso ☐ Árabe

☐ Tagalo ☐ Vietnamita ☐ Farsi ☐ Jemer/Camboiano

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

☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos ☐ Braille

Llame a <L.A. Care Medicare Plus> al <1-833-522-3767> si necesita la información en un formato accesible distinto de los indicados anteriormente. Nuestro horario de oficina es <Atendemos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluidos los días festivos>. Los usuarios de TTY pueden llamar al <número 711>.

¿Usted trabaja? ☐ Sí ☐ No

¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

Nombre a su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP):

Número de teléfono del PCP:

()

Dirección del PCP:

Número de identificación del proveedor de L.A. Care: (indicado en el directorio de proveedores):

Grupo médico o Asociación de Médicos Independientes (Independent Physician Association, IPA):

¿Actualmente es paciente de este médico?

☐ Sí ☐ No

Su número de teléfono secundario:

Tipo de número de teléfono: ☐ De casa ☐ Móvil

Dirección de correo electrónico:

☐ Al marcar esta casilla, usted autoriza a L.A. Care a contactarle y comunicarse con usted, incluso mediante llamadas telefónicas, mensajes de texto o correos electrónicos. Seguirá recibiendo la información importante del plan por correo postal. Puede cambiar este consentimiento en cualquier momento comunicándose con L.A. Care Medicare Plus al <1-833-522-3767, TTY 711>.

Nombre completo del contacto de emergencia:

Número de teléfono del contacto de emergencia:
()

Correo electrónico del contacto de emergencia:

Relación con el beneficiario:

Solamente para personas que estén ayudando a una persona inscrita a completar este formulario

Complete esta sección si usted es una persona (como un agente, corredor de seguros, asesor del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Médico [State Health Insurance Assistance Program, SHIP], familiar u otra persona) que está ayudando a una persona inscrita a completar este formulario

Nombre:	Relación con la persona inscrita:
Firma:	Número de Productor Nacional (Solo agentes o corredores):
Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:
Fecha de recepción:	Fecha de entrada en vigor propuesta:

AVISO CONFORME A LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para dar seguimiento a la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. La sección 1851 de la Ley del Seguro Social y las secciones §§ 422.50 y 422.60 del título 42 del Código de Reglamentaciones Federales autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar los datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema N.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar su inscripción en el plan.