



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA MEDICARE ADVANTAGE Y A MEDICARE ADVANTAGE

¿Quién puede utilizar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran inscribirse en el plan Medicare Advantage

Requisitos para unirse a un plan:

- Ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en Estados Unidos
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe tener:

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

¿Cuándo puedo usar este formulario?

Momentos en los que puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para obtener cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses posteriores de haber obtenido Medicare por primera vez
- En determinadas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de plan

Visite [Medicare.gov](https://www.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 puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales. No podremos negarle cobertura por el simple hecho de que no los complete.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta colección de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es, en promedio, de 20 minutos por respuesta. Esto incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos con datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de la(s) estimación(es) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escribanos: 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 elemento con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Liquidación de Informes de la PRA. Cualquier artículo que recibamos que no trate sobre cómo mejorar este formulario o la estimación de tiempo (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni reenviará al plan. Consulte "¿Qué sucede a continuación?" en esta página para enviar el formulario completo al plan.

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.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por registrarse para que los pagos de las primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario).

¿Qué sucede a continuación?

Envíe su formulario completo y firmado:

CCA Health California
2 Avenue De Lafayette, 5th Floor
Boston, MA 02111

O envíelo por fax al 1-866-207-6650.

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

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a CCA Health California al 833-386-3552. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O llame gratis a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

In English: Call CCA Health California at 833-386-3552/TTY 711, or call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Personas sin hogar

- Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, los cheques del seguro social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

**ESTA PÁGINA SE
DEJÓ EN BLANCO
INTENCIONALMENTE.**

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

Seleccione el plan al que desea unirse:

- CCA Medicare Excel (HMO), condado de Santa Clara - \$0 por mes
 CCA Medicare Excel (HMO), condado de San Joaquin, Stanislaus y Merced - \$0 por mes

NOMBRE: APELLIDO: Inicial del segundo nombre (opcional):

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) Sexo: Número de teléfono:
 (/ /) Masculino Femenino ()

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

Ciudad: Condado (opcional): Estado: Código postal:

Dirección postal, si no coincide con la dirección permanente (se admiten apartados postales):

Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

Su información de Medicare:

Número de Medicare: - - - - - - - - - -

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta (tal como la cobertura de VA, TRICARE) además de este plan? Sí No

Nombre de la otra cobertura: Número de afiliado para esta cobertura: Número de grupo para esta cobertura

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el médico (Parte B) para permanecer en los planes Medicare Advantage de CCA Health California.
- Al unirme a este plan Medicare Advantage, reconozco que CCA Health California compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder podría afectar mi inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo inscribirme en un plan MA a la vez y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes PFFS y MSA de MA).
- Entiendo que, cuando comience mi cobertura con CCA Health California, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de CCA Health California. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por CCA Health California y contenidos en el documento de "Evidencia de cobertura" de CCA Health California (también conocido como contrato con el miembro o acuerdo con el suscriptor). Ni Medicare ni CCA Health California pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se me dará de baja del plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y que entiendo el contenido de esta solicitud. Si la firma un representante autorizado (como se describió anteriormente), esta firma certifica lo siguiente:
 - 1) Esta persona está autorizada según la ley estatal para completar esta inscripción.
 - 2) La documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Medicare.

Firma: **Fecha de hoy:**

Si es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre: Dirección:

Número de teléfono: Relación con la persona inscrita:

**ESTA PÁGINA SE
DEJÓ EN BLANCO
INTENCIONALMENTE.**

Sección 2: Todos los campos de esta página son opcionales

Responder estas preguntas es su elección. No podremos negarle cobertura por el simple hecho de que no las complete.

¿Tiene origen hispano, latino o español? Seleccione todas las que correspondan.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No, no tengo origen hispano, latino ni español | <input type="checkbox"/> Sí, tengo origen mexicano, mexicoamericano o chicano |
| <input type="checkbox"/> Sí, tengo origen puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Sí, tengo origen cubano |
| <input type="checkbox"/> Sí, tengo otro origen hispano, latino o español | |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no responder. | |

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las que correspondan.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indoamericana o nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana |
| Asiática | Nativa de Hawái y de las islas del Pacífico: |
| <input type="checkbox"/> Indoasiática | <input type="checkbox"/> Guameña o chamorra |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> De otras islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Coreana | |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Blanca |
| <input type="checkbox"/> Otra raza asiática | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder. |

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

- Español Chino Coreano Vietnamita

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

- Braille Letra grande CD de audio

Comuníquese con CCA Health California al 833-386-3552 si necesita información en un formato accesible distinto a los mencionados. Nuestro horario de atención es los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja? Sí No ¿Su pareja trabaja? Sí No

Indique su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Pago de las primas del plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que pueda deber) por correo o transferencia electrónica de fondos (EFT) cada mes. También puede optar por pagar la prima mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) cada mes. Si paga un Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Será responsable de pagar este monto adicional además de la prima de su plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o le facturarán directamente de Medicare o la RRB. NO pague a CCA el IRMAA de la Parte D.

¿Le gustaría que la prima de este plan se dedujera de su cheque de beneficios mensual de la SSA o la RRB?

- Sí, quiero que se realice una deducción automática de mi cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB). Obtengo mis beneficios de: Seguro Social Junta de Retiro Ferroviario

Uso exclusivo para miembros del personal/agentes/corredores:

Nombre (si ayudó en la inscripción): _____ N.º de NPN: _____
Fecha de recepción inicial: _____ Fecha de entrada en vigencia propuesta de la cobertura: _____

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y realizar 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 Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Plan de medicamentos con receta Medicare Advantage (MARx)", Sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder podría afectar mi inscripción en el plan.

**ESTA PÁGINA SE
DEJÓ EN BLANCO
INTENCIONALMENTE.**

Por lo general, se puede inscribir en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual 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 atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si luego determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se le dé de baja.

- Soy nuevo en 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 me mudé hace poco y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el ___/___/___.
- Hace poco salí de prisión. Salí de prisión el ___/___/___.
- Hace poco regresé a Estados Unidos después de haber vivido de forma permanente fuera del país. Regresé a EE. UU. el ___/___/___.
- Hace poco recibí el estado de presencia legal en Estados Unidos. Recibí este estado ___/___/___.
- Hace poco tuve un cambio en Medicaid (obtuve Medicaid hace poco, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí el acceso a Medicaid) el ___/___/___.
- Hace poco tuve un cambio en la Ayuda Adicional para pagar la cobertura de los medicamentos con receta de Medicare. (hace poco recibí la Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí el acceso a la Ayuda Adicional) el ___/___/___.
- Tengo Medicare y Medicaid (o el estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar la cobertura de los medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me mudo a un centro de atención a largo plazo, vivo en uno o hace poco me mudé de uno (por ejemplo, un centro de cuidados o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/mudaré al centro o del centro el ___/___/___.

**ESTA PÁGINA SE
DEJÓ EN BLANCO
INTENCIONALMENTE.**

- Hace poco dejé un programa PACE (Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada) el ___/___/___.
- Hace poco perdí de forma involuntaria mi cobertura acreditable para medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos el ___/___/___.
- Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato el ___/___/___.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Me inscribí en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el ___/___/___.
- Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Cancelaron mi inscripción en el SNP el ___/___/___.
- Fui afectado por una emergencia o desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA]) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones mencionadas se aplica a mi caso, pero no pude realizar la solicitud de inscripción debido al desastre.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no tiene certeza, comuníquese con CCA Health California al 833-386-3552 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si es elegible para inscribirse. Estamos disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

**ESTA PÁGINA SE
DEJÓ EN BLANCO
INTENCIONALMENTE.**