

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

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieren inscribirse en un plan Medicare Advantage

Para inscribirse en un plan, debe cumplir lo siguiente:

- Ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

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

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

¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que comienza el 1.º de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En determinadas situaciones en las que se le permite 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 de 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 se le puede negar la cobertura si no los completa.

Recordatorio:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta en el otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe haber recibido su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por que los pagos de la prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucede a continuación?

Envíe su formulario completado y firmado a:

ConnectiCare, Inc. & Affiliates
P.O. Box 4001
Farmington, CT 06034-9900

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

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

En español: Llame a ConnectiCare al **1-877-224-8220**/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 asistirlo.

Call ConnectiCare at **1-877-224-8220**.
TTY users can call **711**.

Or, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información a menos que esta tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-NUEVO. 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 en los recursos de datos existentes, reunir 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 alguna sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard. A la atención de: Responsable de autorización de informes de PRA, Dirección interna C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ninguna otra documentación con su información personal (como reclamaciones, pagos, historiales clínicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Cualquier documentación que recibamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en OMB 0938-1378) será destruida. No será guardada, revisada ni enviada al plan. Consulte "¿Qué sucede a continuación?" en esta página para enviar su formulario completado al plan.



Comuníquese con ConnectiCare si necesita información en otro idioma o formato.

Sección 1: Para inscribirse, proporcione la siguiente información:

Nota para el solicitante: Consulte el Resumen de beneficios para obtener información sobre el área de servicio y las primas de los planes *Medicare Advantage de ConnectiCare* que están a su disposición. **Marque el plan en el que desea inscribirse:**

ConnectiCare Choice Dual (HMO D-SNP) **ConnectiCare Choice Dual Basic (HMO D-SNP)**

Agregar plan complementario opcional:

Dental 1 (con límite anual de \$2,000) **Dental 2 (con límite anual de \$3,000)**

Solo disponible con Choice Dual Basic (HMO D-SNP)

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Sr. Sra. Srta.

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: M F Número de teléfono particular: () ____ - ____ Número de teléfono celular: () ____ - ____

Dirección de correo electrónico: _____

Preferencia de contacto:

Correo postal Correo electrónico
 Mensaje de texto Teléfono

Domicilio permanente (no se permite apartado postal):

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo postal (solo si es diferente de la anterior):

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Contacto de emergencia: _____ **Número de teléfono:** _____ **Relación que lo une a usted:** _____

Número de Medicare: _____ **Parte A** ____/____/____ **Parte B** ____/____/____

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta adicional a este plan? Sí No

Nombre de la cobertura: _____ N.º de ID de esta cobertura: _____ N.º de grupo de esta cobertura: _____

¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su estado? ***(Es obligatorio para inscribirse en planes de necesidades especiales [SNP])**

Sí No Si la respuesta es "Sí", indique su número de Medicaid: _____

IMPORTANTE: Lea y firme más abajo

- Para poder permanecer en los planes Medicare Advantage de ConnectiCare Insurance Company, Inc., debo conservar tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B).
- Reconozco que al inscribirme en este plan Medicare Advantage, ConnectiCare Insurance Company, Inc. compartirá mi información con Medicare, quien puede utilizarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad en la página 3).
- Responder a este formulario es voluntario. Sin embargo, el no responder puede afectar su inscripción en el plan.
- A mi leal saber, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que, si proporciono información falsa en este formulario intencionalmente, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas que tienen Medicare en general no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, salvo por la cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura, debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta por parte de ConnectiCare Insurance Company, Inc. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por ConnectiCare Insurance Company, Inc. y que están descritos en el documento "Evidencia de cobertura" de ConnectiCare Insurance Company, Inc. (también denominado contrato de membresía o acuerdo de suscripción). Ni Medicare ni ConnectiCare Insurance Company, Inc. pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que los números de teléfono y la dirección de correo electrónico que he proporcionado en esta solicitud podrían ser utilizados por ConnectiCare Insurance Company, Inc. o cualquiera de sus partes contratadas para comunicarse conmigo acerca de mi cuenta, mi plan de beneficios para la salud o programas relacionados, o los servicios que me proporcionen.
- 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 entendido el contenido de esta solicitud. Si es firmada por un representante autorizado (como se describe más arriba), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada por la ley del Estado para completar esta inscripción, y
 - 2) la documentación de esta autorización estará disponible si así lo solicita Medicare.

Su firma:

Fecha de entrada en vigencia propuesta:

Fecha de hoy:

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____ **Dirección:** _____

Número de teléfono: (____) _____ - _____ **Relación con el inscrito:** _____

Sección 2

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier penalidad por inscripción tardía que tenga o pueda adeudar actualmente) por correo postal o puede visitar www.connecticare.com/medicare para ver más opciones de pago. También puede optar por pagar su prima mediante deducción automática de su cheque de beneficios del seguro social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB), cada mes. Si usted paga un monto de ajuste mensual por ingreso de la Parte D, la Administración del Seguro Social le notificará. Usted será responsable de pagar este monto extra, además de la prima de su plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del seguro social, o Medicare o la RRB se lo cobrarán directamente. NO le pague el IRMAA de la Parte D a ConnectiCare, Inc.

¿Desea que la prima de este plan se deduzca de su cheque de beneficios mensual del seguro social o de la RRB?

Sí No

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

Elija el nombre de un médico de atención primaria (PCP) de nuestro directorio de proveedores.

Nombre _____ N.º del PCP _____ Paciente actual

Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible: Español Letra grande

Comuníquese con ConnectiCare al 1-877-224-8220, TTY: 711, de 8:00 am a 8:00 pm los siete días de la semana del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 am a 8:00 pm de lunes a viernes del 1.º de abril al 30 de septiembre si necesita información en un idioma o formato accesible que no sean los que se mencionan anteriormente.

Complete esta sección para determinar el período de elección para el que califica

Por lo general, podrá inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual que es del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de dicho período.

Lea las siguientes declaraciones con atención y marque las casillas de todas las declaraciones que se aplican a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información no es correcta, se podrá cancelar su inscripción.

- | | |
|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> Me inscribo durante el período de inscripción anual (AEP) del 15 de octubre al 7 de diciembre.</p> <p><input type="checkbox"/> Soy nuevo en Medicare.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).</p> <p><input type="checkbox"/> Recientemente, me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual, o me mudé recientemente y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el ___/___/____.</p> <p><input type="checkbox"/> Recientemente, fui liberado de una encarcelación. Me liberaron el ___/___/____.</p> <p><input type="checkbox"/> Recientemente, regresé a los Estados Unidos luego de vivir de forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el ___/___/____.</p> <p><input type="checkbox"/> Recientemente, obtuve el estatus de residencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el ___/___/____.</p> <p><input type="checkbox"/> Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente recibí Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el ___/___/____.</p> <p><input type="checkbox"/> Recientemente tuve un cambio en mi ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recibí ayuda adicional, tuvo un cambio en el nivel de ayuda adicional o perdí la ayuda adicional) el ___/___/____.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido un cambio.</p> <p><input type="checkbox"/> Me mudaré a un centro de cuidados a largo plazo (por ejemplo, un asilo o un centro de cuidados a largo plazo), vivo en uno o, recientemente, me mudé de uno. Me mudé/mudaré al centro o me mudé del centro el ___/___/____.</p> | <p><input type="checkbox"/> Recientemente, abandoné un programa PACE el ___/___/____.</p> <p><input type="checkbox"/> Recientemente, perdí de manera no intencional mi cobertura de medicamentos con receta acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el ___/___/____.</p> <p><input type="checkbox"/> Dejaré la cobertura del empleador o sindicato el ___/___/____.</p> <p><input type="checkbox"/> Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica brindado por mi estado.</p> <p><input type="checkbox"/> Mi plan finalizará su contrato con Medicare, o Medicare finalizará su contrato con mi plan.</p> <p><input type="checkbox"/> Me inscribí en un plan de Medicare (o de mi estado) y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el ___/___/____.</p> <p><input type="checkbox"/> Estaba inscrito en un plan de necesidades especiales (SNP), pero ya no cumpla los requisitos de necesidades especiales necesarios para estar en ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el ___/___/____.</p> <p><input type="checkbox"/> Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre importante (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA]). Una de las otras declaraciones presentes se aplicó a mi caso, pero yo no pude realizar mi inscripción debido a un desastre natural.</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna de estas declaraciones se aplica a mi caso.</p> |
|--|--|

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso o si no está seguro, comuníquese con ConnectiCare Insurance Company, Inc. al 1-877-224-8220 (TTY: 711) de 8:00 am a 8:00 pm, los siete días de la semana del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 am a 8:00 pm, de lunes a viernes del 1.º de abril al 30 de septiembre, para saber si es elegible para inscribirse.

Para uso exclusivo de la compañía

Firma del miembro del personal/agente/corredor: _____ ID del agente/corredor: _____
 Fecha de aceptación: _____ Código fuente: _____ Ubicación: _____
Período de elección:
 Período de elección de cobertura inicial (ICEP)/período de inscripción inicial (IEP): _____
 Período de inscripción anual (AEP): _____ Tipo de período de elección especial (SEP): _____
 Alcance de la cita (se requiere si no es un seminario): Sí, es un seminario No, no es un seminario

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD: los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguro Social y el título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en la Notificación del Sistema de Registros (SORN) "plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Responder a este formulario es voluntario. Sin embargo, el no responder puede afectar su inscripción en el plan.