ConnectiCare

OMB n.º 0938-1378
Vencimiento: 6/30/2026

Formulario de solicitud de inscripción individual para un plan Medicare Advantage (Parte C)

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que quieran inscribirse en un plan Medicare Advantage

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

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en el país.
- Vivir en el área de servicio del plan.

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

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

¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los primeros 3 meses de obtener Medicare
- 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 que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Complete todos los campos en la Sección 1. Los campos en la Sección 2 son opcionales; no le pueden negar la cobertura porque no los complete.

Recordatorios:

- Si desea unirse a 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. Usted puede elegir inscribirse para pagar su prima mediante la deducción automática de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

ConnectiCare, Inc.
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?

Llame a ConnectiCare al **877-224-8220**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.

O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

En español: Llame a ConnectiCare al **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 asistirle.

Personas sin vivienda

- Si desea inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado de correos, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (p. ej., cheques del Seguro Social) puede considerarse su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recolección de información a no ser que presente un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recolección de información es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información está estimado en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para evaluar instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recabar los detalles necesarios y completar y revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado a la precisión de la(s) estimación(es) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, MD 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún artículo con su información personal (como reclamaciones, pagos, historiales clínicos, etc.) a la PRA Reports Clearance Office. Cualquier artículo que obtengamos que no se trate de cómo mejorar este formulario o su carga de recolección (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, evaluará ni enviará al plan. Consulte la sección "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

ConnectiCare

2025

Contacte a ConnectiCare, Inc. si necesita información en otro idioma o formato.

Sección 1: Para inscribirse, proporcione la siguiente información:

Nota para el solicitante: Para obtener más información sobre el área de servicio y las primas de los planes ConnectiCare **Medicare Advantage** disponibles para usted, consulte el Resumen de beneficios. **Marque el plan en el que desea inscribirse:**

- ☐ **ConnectiCare Passage Plan 1 (HMO-POS)**
- ☐ **ConnectiCare Flex Plan 2 (HMO-POS)**
- ☐ **ConnectiCare Flex Plan 3 (HMO-POS)**
- ☐ **ConnectiCare Choice Plan 1 (HMO-POS)**
- ☐ **ConnectiCare Choice Plan 2 (HMO-POS)**
- ☐ **ConnectiCare Choice Plan 3 (HMO-POS)**

Agregar suplemento opcional:

☐ **Dental POS ($2,000 de límite anual)** ☐ **Dental POS ($3,000 de límite anual)** ☐ **Indemnización dental ($3,500 de límite anual)**

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta.

Fecha de nacimiento: ___/___/___	Sexo: ☐ M ☐ F	Número de teléfono residencial: ( ) _____-_____	Número de teléfono celular: ( ) _____-_____

Dirección de correo electrónico:

Dirección de residencia permanente (sin apartado de correos):

Ciudad:	Estado:	Código postal:

Dirección postal (solo si es distinta a la indicada anteriormente):

Ciudad:	Estado:	Código postal:
Contacto de emergencia:	**Número de teléfono:**	**Relación con usted:**

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

¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos con receta, además de este plan? ☐ Sí ☐ No

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

¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su estado? **(Obligatorio para la inscripción en planes de SNP)** ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "sí", proporcione su número de Medicaid: _____

H3258_205022_C Aprobado 9/24/2024
86-9903-25

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación

- Debo mantener tanto Hospital (Parte A) como Medical (Parte B) para permanecer en los planes Medicare Advantage (MA) de ConnectiCare, Inc.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que ConnectiCare compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte Declaración de Ley de Privacidad en la página 4). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no hacerlo puede afectar la inscripción en el plan.
- Comprendo que puedo estar inscrito en un solo plan de Medicare Advantage a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de Medicare Advantage (se aplican excepciones para los planes PFFS y MSA de Medicare Advantage).
- A mi leal saber, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si proporciono información falsa intencionadamente en este formulario, se cancelará mi afiliación a este plan.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de ConnectiCare, Inc., debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de ConnectiCare, Inc. Los beneficios y servicios proporcionados por ConnectiCare, Inc. y contenidos en mi "Evidencia de cobertura" de ConnectiCare, Inc. (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni ConnectiCare, Inc. pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Al firmar abajo, acepto que ConnectiCare, sus representantes y terceros que actúan en su nombre puedan comunicarse conmigo en relación con, entre otras cosas, mi cobertura, los beneficios del plan, otros productos o servicios disponibles dentro de mi plan, pagos, recertificación o renovación, llamándome o enviándome un mensaje de texto al número de teléfono proporcionado anteriormente o a cualquier número de teléfono que proporcione junto con mi cobertura. Reconozco que estas llamadas y mensajes de texto pueden entregarse mediante un sistema de marcación telefónica automática o una voz artificial o pregrabada. Puedo darme de baja en cualquier momento comunicándome con ConnectiCare.
- 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 entiendo el contenido de esta. Si lo firma un representante autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica que:
  1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y
  2) la documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Medicare.

Su firma:

Fecha de entrada en vigencia propuesta (la fecha en la que desea que comience el plan):	**Fecha de hoy:**

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

Nombre: _____ **Dirección:** _____

Número de teléfono: (_____)_____ – _____ **Relación con la persona inscrita:** _____

Solo para personas que ayudan al afiliado a completar este formulario

Nombre: _____ Firma: _____

Núm. de identificación del corredor/agente: ☐☐☐☐ Número de productor nacional: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Relación con la persona inscrita: ☐ Propio ☐ Agente ☐ Bróker ☐ Asesores SHIP ☐ Representantes autorizados ☐ Otros (terceros)

Fecha de aceptación: ___/___/___ Código fuente: _____ Ubicación: _____

Período de elección: ☐ ICEP/IEP ☐ AEP SEP (tipo): _____ Alcance de la cita: ☐ Sí es un seminario ☐ No es un seminario

Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales

Responder estas preguntas es su elección. No le pueden negar la cobertura porque no los complete.

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier sanción por inscripción tardía que tenga o pueda adeudar actualmente) por correo postal o puede visitar connecticare.com/medicare para ver más opciones de pago. También puede pagar su prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes. Si paga una cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D (IRMAA), la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) le notificará. Será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Se le retendrá la cantidad de su cheque de beneficios del Seguro Social o se la facturará Medicare o la RRB directamente. NO pagar la Parte D del monto de ajuste mensual por ingreso (Income-Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) a ConnectiCare, Inc.

¿Le gustaría que la prima para este plan se deduzca de su cheque de beneficios mensuales de SSA o RRB?

☐ Sí ☐ No

Recibo beneficios mensuales de: ☐ Seguro Social ☐ RRB

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

Nombre _____ N.º del PCP _____ ☐ Paciente actual

¿Es hispano, latino o de origen español? Seleccione todos los que correspondan.

☐ No, no soy hispano, latino ni de origen español
☐ Sí, cubano
☐ Sí, mexicano, mexicano americano, chicano
☐ Sí, de otro origen hispano, latino o español
☐ Sí, puertorriqueño
☐ **Elijo no responder**

¿Cuál es su raza? Seleccione todos los que correspondan.

☐ Indígena estadounidense o nativo de Alaska
☐ Indoasiático
☐ Negro o afroamericano
☐ Chino
☐ Filipino
☐ Guameño o chamorro
☐ Japonés
☐ Coreano
☐ Nativo de Hawái
☐ Otro asiático
☐ Otro isleño del Pacífico
☐ Samoano
☐ Vietnamita
☐ Blanco
☐ **Elijo no responder**

¿Cuál es su género? Seleccionar una opción.

☐ Mujer
☐ Hombre
☐ No binario
☐ Uso un término diferente: _____
☐ **Elijo no responder**

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor su forma de pensar sobre usted mismo/a? Seleccionar una opción.

☐ Lesbiana o gay
☐ Heterosexual, es decir, no gay ni lesbiana
☐ Bisexual
☐ Uso un término diferente: _____
☐ No sé
☐ **Elijo no responder**

Al proporcionar mi correo electrónico arriba y marcar la casilla a continuación, me inscribiré en la entrega electrónica para algunas de mis comunicaciones del plan.

☐ Recibiré electrónicamente muchas de mis comunicaciones necesarias del plan. Le enviaremos un correo electrónico cuando haya nuevas comunicaciones (por ejemplo: Explicación de beneficios o el Aviso anual de cambios) disponibles en línea. Puedo acceder a estas comunicaciones a través de cualquier dispositivo, como una computadora, tableta o teléfono móvil. Tenga en cuenta que algunas comunicaciones son muy extensas y es posible que superen la capacidad de algunos buzones de correo. Puede cambiar sus preferencias de entrega en cualquier momento.

Marque la casilla a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés:

☐ Español

Marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en un formato accesible:

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

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

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

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que podrían permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes declaraciones detenidamente y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica, según su mejor entender, que es elegible para un período de inscripción. Si más tarde determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

☐ Voy a inscribirme durante el período de inscripción anual (AEP) entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

☐ Soy nuevo en Medicare.

☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero efectuar 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 _____/_____/_____.

☐ Hace poco salí de prisión. Me liberaron el _____/_____/_____.

☐ Recientemente, regresé a los Estados Unidos luego de vivir de forma permanente fuera del país. Regresé a los EE. UU. el _____/_____/_____.

☐ Recientemente, obtuve la residencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el _____/_____/_____.

☐ Recientemente, tuve un cambio en mi Medicaid (hace poco tengo Medicaid, tuve un cambio de nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el _____/_____/_____.

☐ Recientemente, tuve un cambio en la Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (hace poco tengo Ayuda Adicional, tuve un cambio de nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el _____/_____/_____.

☐ Me mudaré a, vivo en o hace poco me fui de un centro de cuidados a largo plazo (por ejemplo, hogar de ancianos o centro de enfermería especializada). Me mudé/mudaré al centro o me mudé del centro el _____/_____/_____.

☐ Recientemente, abandoné un programa PACE el _____/_____/_____.

☐ Recientemente, perdí de manera involuntaria mi cobertura de medicamentos con receta acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el _____/_____/_____.

☐ Dejaré la cobertura del empleador o sindicato el _____/_____/_____.

☐ Pertenezco a un programa de asistencia de farmacias provisto por mi estado.

☐ Mi plan va a terminar su contrato con Medicare, o Medicare va a terminar su contrato con mi plan.

☐ Estaba inscrito 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 ya no cumplo los requisitos de necesidades especiales para estar en ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el _____/_____/_____.

☐ Fui afectado por una catástrofe importante o emergencia de otro tipo (según lo declaró la Agencia Federal para la Gestión de Emergencias [FEMA]) o una entidad del gobierno federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones expresadas aquí corresponde a mi caso, pero no pude inscribirme debido a una catástrofe importante o emergencia de otro tipo.

☐ Ninguna de estas declaraciones se aplica a mi caso.

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

DECLARACIÓN DE LEY DE PRIVACIDAD: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes Medicare para hacer el 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 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no hacerlo puede afectar la inscripción en el plan.