

Formulario de inscripción individual



¿Quiénes pueden llenar este formulario?

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

Para unirse a un plan, debe:

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

Importante: para unirse a un Plan Medicare Advantage, también debe tener estos dos seguros:

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

¿Cuándo puedo llenar este formulario?

Usted puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para que la cobertura comience el 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses siguientes al inicio de la cobertura de Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en que tenga permitido inscribirse o cambiar de plan

Para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse en un plan, visite Medicare.gov.

¿Qué información necesito para llenar este formulario?

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

Nota: se deben completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales; no pueden negarle la cobertura por no completarlos.

Según lo dispuesto en la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Paperwork Reduction Act, PRA), 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 (Office of Management and Budget, OMB). El número de control vigente de la OMB para esta recolección de datos es el 0938-NEW. El tiempo necesario para llenar este formulario se estima en 20 minutos por respuesta, en promedio. Esto incluye el tiempo para leer las instrucciones, buscar en fuentes de información existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, diríjase por escrito a la siguiente dirección: 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 información personal (como reclamaciones, pagos, historias clínicas, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Los documentos recibidos que no sean para mejorar este formulario o el proceso de recolección de datos (tal como se describe en OMB 0938-1378) serán destruidos. No se conservarán, revisarán ni reenviarán al plan. Consulte “¿Qué debo hacer después?” en esta página para enviar el formulario completo al plan.

Para recordar:

- Si desea unirse a un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan deberá recibir el formulario completo, a más tardar, el 7 de diciembre.
- El plan le enviará una factura por la prima del plan. Usted puede optar por suscribirse para que el pago de las primas se deduzca de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Qué debo hacer después?

Tiene que enviar el formulario completo y firmado a:

Correo postal

Devoted Health – Enrollment
PO Box 211157
Eagan, MN 55121

Fax

1-833-434-0535

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

¿A quién puedo llamar si necesito ayuda con este formulario?

Llame a Devoted Health al **1-800-385-0916** (TTY 711). O bien, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

In English: Call Devoted Health at 1-800-385-0916 (TTY 711) or Medicare toll free at 1-800-633-4227, and a representative will be available to assist you.

Sección 1



Todos los campos de esta página y la página siguiente son obligatorios (a menos que se indique que son opcionales).

INDIQUE EL PLAN AL QUE DESEA UNIRSE

Nombre del plan (como aparece en la portada del Resumen de beneficios):

Número del paquete de beneficios del plan (PBP): Condado:

H -

Nombre:

Apellido:

Inicial de segundo nombre (opcional):

Nombre de preferencia (opcional):

Fecha de nacimiento:

/ /

Hombre Mujer

Proporcione su número de teléfono celular a continuación si desea recibir mensajes de texto

Número de teléfono:

Número de celular* (opcional):

Dirección de correo electrónico (opcional):

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

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite un apartado postal):

Ciudad:

Estado:

Código postal:

SU INFORMACIÓN DE MEDICARE

Número de Medicare:

- -

*Al proporcionar mi número de teléfono celular, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto acerca de mi plan y de la atención de Devoted Health y sus prácticas médicas relacionadas. La frecuencia de los mensajes varía. Pueden aplicarse tarifas por mensajes de texto y datos. Responda con la palabra STOP para dejar de recibir mensajes o con la palabra HELP para obtener ayuda. devoted.com/terms-of-use and devoted.com/privacy-policy

VEAMOS SI PUEDE UNIRSE A UN PLAN AHORA MISMO

Normalmente, solo se puede inscribir en un plan Medicare Advantage durante el período de inscripción anual que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Pero puede haber excepciones que le permitan inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea los siguientes enunciados con atención y marque la casilla si se aplican a su caso. Si marca alguna de las siguientes casillas, certifica que, hasta donde sabe, es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente se determina que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage, pero quiero hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).
- Me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual recientemente o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el ____ / ____ / ____.
- Fui liberado de prisión recientemente. Fui liberado el ____ / ____ / ____.
- Regresé a los Estados Unidos recientemente después de residir de forma permanente fuera de este país. Regresé a los Estados Unidos el ____ / ____ / ____.
- Obtuve el estado de permanencia legal en los Estados Unidos recientemente. Obtuve este estado el ____ / ____ / ____.
- Tuve un cambio en Medicaid recientemente (adquirí Medicaid por primera vez, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de Medicaid) el ____ / ____ / ____.
- Tuve un cambio recientemente en la ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (obtuve la ayuda adicional por primera vez, tuve un cambio en el nivel de ayuda adicional o perdí la ayuda adicional) el ____ / ____ / ____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o el estado me paga las primas de Medicare) o recibo ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Vivo en un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, una residencia de ancianos), me mudaré a un centro de atención a largo plazo o dejé de vivir en uno recientemente. Me mudé/mudaré dentro/fuera del centro el ____ / ____ / ____.
- Abandoné un Programa para el Cuidado Integral de las Personas de la Tercera Edad (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) recientemente, el ____ / ____ / ____.
- Perdí de manera involuntaria mi cobertura de medicamentos recetados acreditable (cobertura igual de buena que la de Medicare) recientemente. Perdí mi cobertura de medicamentos el ____ / ____ / ____.
- Cancelaré la cobertura de mi empleador o sindicato el ____ / ____ / ____.
- Participo en un programa de asistencia de farmacia que ofrece mi estado.
- Mi plan finalizará su contrato con Medicare, o bien Medicare finalizará su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en el plan comenzó el ____ / ____ / ____.
- Estaba inscrito en un plan para necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero ya no cumpla con los requisitos necesarios para estar en el plan. Me dieron de baja en el SNP el ____ / ____ / ____.
- Me vi afectado por una emergencia o desastre según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA) o por una entidad del gobierno federal, estatal o local. Uno de estos enunciados aplicaba a mi caso, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción debido al desastre natural. (Asegúrese de verificar la otra declaración que aplica a usted).

Si ninguno de estos enunciados aplica a usted o no está seguro, comuníquese con Devoted Health al **1-800-385-0916** (TTY 711) para saber si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana).

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS IMPORTANTES

¿Es un veterano?

Sí No

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (de Asuntos de los Veteranos, TRICARE, etc.) además del plan de Devoted Health?

Sí No

Nombre de la otra cobertura:

Número de miembro en esta cobertura:

Número de grupo en esta cobertura:

¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su estado?

Sí No

Si respondió "Sí", indique su número de Medicaid:

IMPORTANTE: LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN

- Para permanecer en Devoted Health debo mantener tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B).
- Al unirme a este plan Medicare Advantage, reconozco que Devoted Health revelará mi información a Medicare, donde podrán usarla para registrar mi inscripción, para hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recolección de dicha información (vea la Declaración de la Ley de Privacidad más abajo).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Pero si no responde, puede verse afectada su inscripción en el plan.
- La información que figura en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si proporciono información falsa de forma deliberada en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Comprendo que, por lo general, los afiliados de Medicare no tienen cobertura de Medicare fuera del país, excepto una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- Comprendo que, cuando comience mi cobertura de Devoted Health, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados a través de Devoted Health. Tendrán cobertura aquellos beneficios y servicios proporcionados por Devoted Health que figuran en mi documento de "Evidencia de cobertura" de Devoted Health (también denominado acuerdo con el suscriptor o contrato con el miembro). Ni Medicare ni Devoted Health pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendido su contenido. Si firma un representante autorizado (según lo indicado anteriormente), su firma certifica que:
 1. Esta persona tiene autorización en virtud de la ley estatal para completar esta inscripción; y
 2. La documentación de esta autorización está disponible a petición de Medicare

Firma:

Fecha de hoy:

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

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el afiliado:

Sección 2



Responder estas preguntas es su elección.
No le pueden negar la cobertura por no responderlas.

¿Necesita que nuestros materiales estén en español?

Sí No

¿Qué formato accesible necesita? (elija una sola opción)

Ninguno Braille Grabación de audio Letra grande

Comuníquese con Devoted Health al **1-800-385-0916** (TTY 711) si necesita recibir información en un formato accesible diferente a los que se indican arriba. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m. los 7 días de la semana).

¿Usted trabaja? Sí No

¿Su cónyuge trabaja? Sí No N/A

Médico de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): es el médico principal al que consulta para recibir atención. Para comenzar a usar el nuevo plan sin inconvenientes, indique quién es su PCP. Si deja esta sección en blanco, elegiremos un PCP por usted.

Nombre completo:

Dirección:

¿Es un paciente en este momento? Sí No

PAGO DE LAS PRIMAS DEL PLAN

Puede pagar por correo la prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que deba actualmente o pueda deber) cada mes. También puede optar por pagar la prima deduciéndola automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) todos los meses.

Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual acorde al ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D, deberá pagar ese monto adicional además de la prima del plan. Por lo general, este monto se deduce de su beneficio del Seguro Social, o bien puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague el IRMAA de la Parte D a Devoted Health.

¿Qué método de pago prefiere? Elija una sola opción. Si no selecciona ninguna de las opciones de abajo, le enviaremos una factura mensual.

- Envío de factura mensual
- Deducción del cheque mensual del Seguro Social*
- Deducción del cheque mensual de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)*

*Puede tardar al menos 2 meses en comenzar. La primera deducción suele incluir todas las primas adeudadas hasta el momento.

DECLARACIÓN DE 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 registrar la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA) o de medicamentos recetados (Prescription Drug Plans, PDP), mejorar la atención y pagar los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y el título 42, secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32, del Código de Regulaciones Federales (Federal Regulations Code, CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS podrán usar, revelar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare, tal como se especifica en el Aviso del Sistema de Registro (System of Records Notice, SORN), "Sistema de medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Pero si no responde, puede verse afectada su inscripción en el plan.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA/EL REPRESENTANTE DE VENTAS CON LICENCIA

Incorporación de miembro Cambio de plan

Nombre completo del agente de ventas con licencia:	Fecha de recepción inicial:
NPN del agente de ventas con licencia:	Fecha de entrada en vigencia propuesta:
Teléfono del agente de ventas con licencia:	
Forma de contacto: <input type="checkbox"/> Generado por el agente <input type="checkbox"/> Campaña de marketing <input type="checkbox"/> Seminario de ventas <input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Evento de la comunidad	
Período de inscripción: <input type="checkbox"/> AEP <input type="checkbox"/> SEP (pérdida de cobertura) <input type="checkbox"/> SEP (área de cobertura trasladada) <input type="checkbox"/> MA OEP <input type="checkbox"/> SEP (doble elegible) <input type="checkbox"/> SEP (sin renovación) <input type="checkbox"/> ICEP (afiliados de MA) <input type="checkbox"/> SEP (subsidió para bajos ingresos, LIS) <input type="checkbox"/> SEP (Otro) <input type="checkbox"/> IEP (afiliados de MA-PD) <input type="checkbox"/> OEPI	
Motivo del SEP:	Fecha de elegibilidad del SEP:
Firma del representante de ventas con licencia (obligatoria):	

Envíe el formulario completo:

Correo postal
 Devoted Health – Enrollment
 PO Box 211157
 Eagan, MN 55121

Fax
 1-833-434-0535