Formulario de inscripción

¿Quién puede utilizar este formulario?
Personas con Medicare que quieran inscribirse en un plan de Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, debe:
- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente de forma legal en los EE. UU,
- Vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse en un plan de Medicare Advantage, también debe tener las dos siguientes:
- Parte A de Medicare (seguro de hospital)
- Parte B de Medicare (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 cobertura a partir del 1 de enero),
- Dentro de los 3 meses posteriores a la primera obtención de Medicare,
- En determinadas situaciones en las que se le permite unirse 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: Debe completar todos los puntos de la sección 1. Los puntos de la sección 2 son opcionales, no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

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 inscribirse para que los pagos de sus primas se deduzcan de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

¿Qué hago después?
Envíe su formulario completo y firmado a:
ProCare Advantage
P.O. Box 815
Glen Burnie, MD 21060-0815

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

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?
Llame a ProCare Advantage al 1-844-206-3719 (TTY 711).

O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

En español: Llame a ProCare Advantage al 1-844-206-3719 (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 hogar
Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica, o una dirección para recibir correspondencia (por ejemplo, cheques del seguro social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que se muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es de 20 minutos por respuesta en promedio, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de 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, 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 ningún artículo con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la Ley de Reducción de Trámites (PRA). Cualquier artículo que recibamos que no trate sobre cómo mejorar este formulario o el costo de recopilación (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué hago después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

© ProCare Advantage 2026

SECCIÓN 1: Para inscribirse, todos los campos de esta sección son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales).

Marque en qué plan desea inscribirse:

- ☐ ProCare Advantage (HMO-POS I-SNP): $0.00 al mes
- ☐ ProCare Advantage Kidney Care (HMO-POS C-SNP): $0.00 al mes
- ☐ ProCare Advantage Diabetes Care Management (HMO-POS C-SNP): $0.00 al mes

Información del solicitante: ☐ Masculino ☐ Femenino

☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): (_____/ _____/ _____)

Nombre _____ Apellido _____ Inicial de segundo nombre ___

Número de Medicare (MBI) _____

1. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados además de ProCare Advantage? ☐ Sí ☐ No

   EN CASO AFIRMATIVO, indique su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación (ID) para dicha cobertura:

   Nombre de la otra cobertura de medicamentos _____

   Número de miembro para esta cobertura _____

   Número de grupo para esta cobertura _____

Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluidos otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios para veteranos o un programa estatal de asistencia farmacéutica.

CONTINUACIÓN >>

© ProCare Advantage 2026

SECCIÓN 1 (continuación): Para inscribirse, todos los campos de esta sección son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales).

2. ¿Es usted residente o espera ser residente de un centro de atención a largo plazo (LTC) o de un centro de vida asistida (ALF) de la red de ProCare Advantage durante más de 90 días?
   ☐ Sí ☐ No

   EN CASO AFIRMATIVO, complete la información del centro a continuación:

   Nombre del centro_____

   Dirección _____

   Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

   Número de teléfono del centro _____

C-SNP SOLAMENTE. (Si se está inscribiendo en el C-SNP, responda esta pregunta).

3. ¿El solicitante tiene un diagnóstico de diabetes? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Se le ha diagnosticado enfermedad renal terminal (ESKD) al solicitante? ☐ Sí ☐ No

5. ¿Alguien le ayudó a completar esta solicitud? ☐ Sí ☐ No, firmo por mi cuenta.

5a. En caso afirmativo, ¿quién le ayudó a completar esta solicitud?

☐ N.° Nacional de Productor del agente_____
☐ Corredor
☐ Asesor del Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)
☐ Representante autorizado (tutor, poder notarial, etc.)
☐ Familiar
☐ Otro: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma: _____ Fecha: _____

CONTINUACIÓN >>

© ProCare Advantage 2026

SECCIÓN 1 (continuación): Para inscribirse, todos los campos de esta sección son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales).

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación.

- Debo conservar tanto la parte de seguro de hospital (Parte A) como la parte de seguro médico (Parte B) para permanecer en ProCare Advantage.
- Al inscribirme en este plan de Medicare Advantage o plan de medicamentos recetados de Medicare, reconozco que ProCare Advantage compartirá mi información con Medicare, la cual podrá usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para efectuar 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 puede afectar la 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 MA PFFS y MA MSA).
- La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que, si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se me dará de baja del plan.
- Entiendo que, cuando comience mi cobertura de ProCare Advantage, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de ProCare Advantage. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por Align Senior Care y contenidos en mi documento “Evidencia de cobertura” de ProCare Advantage (también conocido como “contrato de miembro” o “acuerdo de suscriptor”). Ni Medicare ni ProCare Advantage pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- 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 firma un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
  1) la persona está autorizada según la ley estatal para completar esta inscripción,
  2) la documentación de dicha autorización está disponible a pedido de Medicare.

Firma del solicitante o del responsable X	Fecha de hoy

© ProCare Advantage 2026

SECCIÓN 1 (continuación): Para inscribirse, todos los campos de esta sección son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales).

Información de contacto del solicitante:

Dirección de residencia permanente (no se permiten apartados postales)

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (_____) _____ Celular** (_____) _____

Correo electrónico* (opcional) _____

Dirección postal, si es diferente de la dirección permanente (se permiten apartados postales)

Nombre del destinatario _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Información de contacto del responsable (según corresponda):
Si es el representante autorizado, debe firmar la página anterior y completar estos campos:

Nombre _____ Apellido _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Relación con el afiliado _____

Teléfono ☐ Celular** ☐ Domiciliar (_____) _____

Correo electrónico* (opcional) _____

* *Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted opta por recibir comunicaciones electrónicas, cuando estén disponibles. Si desea excluirse de las comunicaciones electrónicas, marque esta casilla:* ☐ *Excluirme*

** *Al proporcionar su número de celular, usted opta por recibir comunicaciones del plan a través de SMS/mensajes de texto. Si no desea recibir comunicaciones o actualizaciones del plan a través de mensajes de texto, exclúyase:* ☐ *Excluirme*

CONTINUACIÓN >>

SECCIÓN 2: Todos los campos son opcionales. Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura por no completar estos campos.

1. ¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid? ☐ Sí ☐ No

   EN CASO AFIRMATIVO, ¿cuál es su número de Medicaid? _____

2. ¿Usted trabaja? ☐ Sí ☐ No
   ¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

3. Elija su médico de atención primaria (PCP) dentro de la red:

   Nombre del médico: _____

   ¿Este es su médico actual? ☐ Sí ☐ No

4. ¿En qué idioma desea recibir la información de su plan?

   ☐ Inglés ☐ Persa ☐ Francés
   ☐ Alemán ☐ Español ☐ Vietnamita
   ☐ Otro: _____

5. ¿En qué formato debe recibir esta información?

   ☐ Archivo de audio ☐ Braille ☐ Ninguna de las opciones anteriores
   ☐ Letra grande ☐ Disco compacto (CD)

Comuníquese con ProCare Advantage al 1-844-206-3719 si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto al mencionado anteriormente. Nuestro horario de oficina es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los usuarios de teletipo (TTY) pueden llamar al TTY 711.

Pagar la prima de su plan

Para los planes con prima, puede pagar la prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que pueda deber) por correo postal cada mes. **También puede optar por pagar su prima deduciéndola automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) cada mes.**

☐ Sí, me gustaría que mi prima se descuente de mi beneficio del Seguro Social.
☐ Sí, me gustaría que mi prima se descuente de mi beneficio de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB).
☐ No, ninguna de las anteriores; quisiera una factura directa.
☐ No corresponde.

CONTINUACIÓN >>

 © ProCare Advantage 2026

SECCIÓN 2 (continuación): Pagar la prima de su plan

Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan. El monto generalmente se deduce de su beneficio del Seguro Social, o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO le pague a ProCare Advantage la Parte D-IRMAA.

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 de Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para efectuar el pago de los beneficios de Medicare. La sección 1851 de la Ley del Seguro Social y el capítulo 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), secciones 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 recetados de Medicare Advantage (MARx)", sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.

ProCare Advantage es un plan HMO-POS I-SNP y HMO-POS C-SNP con contrato de Medicare. La inscripción en los planes ProCare Advantage depende de la renovación del contrato. Hay otros proveedores disponibles en nuestra red. Los proveedores fuera de la red no tienen la obligación de tratar a los miembros de ProCare Advantage, excepto en situaciones de emergencia. Las normas de cobertura para los proveedores dentro y fuera de la red varían según el plan. Llame al número de servicio al cliente o consulte la evidencia de cobertura de su plan para obtener más detalles. Algunos beneficios del plan forman parte de los beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). No todos los miembros califican. Para ser elegible, un miembro debe tener una afección crónica que califique, que el plan y un proveedor de cuidado médico determinen que tiene alto riesgo de hospitalización u otros resultados de salud adversos, y requerir un alto nivel de coordinación de la atención. Incluso si un miembro tiene una afección crónica que reúna los requisitos, es posible que no reciba estos beneficios. La cobertura depende de los criterios de elegibilidad específicos del plan y de la determinación clínica. Es posible que se solicite a los miembros que completen una evaluación con el equipo de atención del plan para confirmar su elegibilidad a lo largo del año. Para adaptaciones de personas con necesidades especiales en reuniones, llámenos: 1-844-206-3719 (TTY 711). ProCare Advantage cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llámenos: 1-844-206-3719 (TTY 711). LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ được cung cấp miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số 1-844-206-3719 (TTY 711). Nuestro horario de atención es del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; y del 1 de octubre al 31 de marzo: De 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Nota: Servicios para Miembros está cerrado los siguientes días feriados: Día de los Caídos, Día de la Independencia, Acción de Gracias y Navidad.

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE. NO completar a menos que esté autorizado.

Nombre y apellido del agente _____

ID del plan _____

Fecha de recepción de la solicitud _____ Fecha de entrada en vigencia de la cobertura _____

Seleccione el período de inscripción:

☐ IEP/ICEP ☐ AEP ☐ OEPI ☐ SEP (tipo) _____ ☐ No elegible

Firma _____ Fecha _____

© ProCare Advantage 2026