



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 Estados Unidos,
- 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 tres 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](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 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

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.

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 cuenta bancaria o 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
PO 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). Los usuarios de teletipo (TTY) pueden llamar al 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, oprima el 2 para asistencia en español, y un representante estará disponible para ayudarlo.

Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene una 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.

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): \$28.40 al mes

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare, la prima mensual de su plan será menor que la que sería si no recibiera Ayuda Adicional de Medicare. Dependiendo de su nivel de Ayuda Adicional, su prima puede estar entre \$0 y \$28.40. **Si tiene doble elegibilidad, con Ayuda Adicional, su prima sería de \$0.**

Información del solicitante: Masculino Femenino

Sr. Sra. Srta. Fecha de nacimiento (dd/mm/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 >>

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 _____

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 de MA a la vez y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de 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 las personas con Medicare generalmente no reciben cobertura de Medicare mientras se encuentran fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- 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 ProCare Advantage 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 comprendido el contenido de esta solicitud. Si firma un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada según la ley estatal para completar esta inscripción, y
 - 2) la documentación de dicha autorización está disponible a pedido de Medicare.

Firma del solicitante o del responsable

X

Fecha de hoy

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).

A la atención de _____

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** Fijo (_____) _____

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. Marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea el inglés o en un formato *accesible*:

Español

Letras grandes

Archivo de audio

Braille

5. ¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

No, no de origen hispano, latino ni español.

Sí, cubano.

Sí, puertorriqueño.

Sí, mexicano, mexicoamericano, chicano.

Sí, de otro origen hispano, latino o español.

Elijo no responder.

6. ¿Cual es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

Indígena americano o nativo de Alaska

Indígena asiático

Guameño o chamorro

Chino

Filipino

Nativo hawaiano

Japonés

Coreano

Samoano

Otro de Asia

Blanco

Otro isleño del Pacífico

Vietnamita

Negro/afroamericano

Elijo no responder.

Comuníquese con ProCare Advantage al 1-844-206-3719 (TTY 711) 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.

CONTINUACIÓN >>

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

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 opciones anteriores. Quisiera una factura directa.
- No se aplica.

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.

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 _____