

## ¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un plan Medicare Advantage.

### Para unirse a un plan, debe:

- Ser un ciudadano de los Estados Unidos o estar presente legalmente en los Estados Unidos.
- Residir en el área de servicio del plan

**Importante:** Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe tener ambos:

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

## ¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede unirse a 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 de haber obtenido Medicare por primera vez
- En determinadas situaciones en las que puede 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 y número de teléfono permanentes

**Nota:** debe completar todos los elementos de la sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura porque no los completa.

## 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. 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 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

## ¿Qué sucede a continuación?

Envíe su formulario completo y firmado a:  
Centers Plan for Healthy Living  
75 Vanderbilt Avenue  
Staten Island, NY 10304

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

## ¿Cómo obtengo este formulario?

Llame a Centers Plan for Healthy Living al 1-877-940-9330. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**En español:** Llame a Centers Plan for Healthy Living al 1-877-940-9330/TTY 711 o llame a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 en español y un representante estará disponible para asistirle. Los usuarios de TTY pueden llamar 1-877-486-2048.

## Personas sin hogar

- Si desea inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, entonces un Apartado Postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, cheques del seguro social) pueden considerarse como su dirección de residencia permanente.

De conformidad con la Ley de la Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder una recopilación de información, a menos que indique un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para tal recopilación de información es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información es un estimado de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario con respecto a la exactitud del tiempo estimado 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 elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Se destruirá cualquier artículo que recibamos que no se trate de cómo mejorar este formulario o su carga de recolección (descrito en OMB 0938-1378). No se guardará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede a continuación?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.**

**Sección 1 - Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)**

Seleccione el plan al cual desea unirse:

- Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO) \$0.00 por mes
- Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP) \$72.30 por mes
- Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP) \$72.30 por mes

NOMBRE: APELLIDO: [Opcional: Inicial del segundo nombre]:

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) Sexo:  Masculino  Femenino Número de teléfono: ( )

Dirección de la residencia permanente (no ingrese un apartado postal. Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):

Ciudad: [Opcional: Condado]: Estado: Código postal:

Dirección postal, si es diferente a su dirección permanente (se permite el apartado postal):

Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

**Su información de Medicare:**

Número de Medicare: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Responda estas preguntas importantes:**

¿Optaría por tener otra cobertura de medicamentos con prescripción médica (como VA, TRICARE) además de Centers Plan for Healthy Living?  Sí  No

Nombre de otra cobertura: Número de miembro para esta cobertura: Número de grupo para esta cobertura:

**Para personas con Medicare y Medicaid ÚNICAMENTE:** ¿Está inscrito en su programa de Medicaid Estatal?  Sí  No

En caso afirmativo, proporcione su número de Medicaid: \_\_\_\_\_

**SOLO para I-SNP:** ¿Reside usted en un centro de cuidado a largo plazo, tal como un asilo de ancianos?  Sí  No

En caso afirmativo, suministre la siguiente información:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de admisión: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:**

- Debo permanecer tanto en la cobertura hospitalaria (Parte A) como en la cobertura médica (Parte B) para permanecer en Centers Plan for Healthy Living.
- Al unirme a este Medicare Advantage, reconozco que Centers Plan for Healthy Living compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para realizar 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, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Comprendo que solo puedo estar inscrito 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, MA MSA).
- Comprendo que las personas con Medicare usualmente no tienen cobertura de Medicare fuera del país, a excepción de una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos
- Entiendo que cuando comience la cobertura de Centers Plan for Healthy Living, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados a través de Centers Plan for Healthy Living. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por Centers Plan for Healthy Living y contenidos en el documento “Evidencia de cobertura” de mi Centers Plan for Healthy Living (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni Centers Plan for Healthy Living pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si suministro información falsa intencionalmente en este formulario, mi inscripción en el plan será cancelada.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para representarme) en este formulario implica que he leído y que entiendo el contenido de este. Si la 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.

**Firma:**

**Fecha de hoy:**

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

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el afiliado:

## Sección 2 - Todos los campos de esta página son opcionales

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no los completa.

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

- No, no soy hispano, latino o de origen español       Sí, soy mexicano, méxicoamericano, chicano  
 Sí, portorriqueño       Sí, cubano  
 Sí, otro hispano, latino o de origen español  
 **Prefiero no responder.**

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las que correspondan.

Amerindio o nativo de Alaska

De color o afroamericano

**Asiático:**

**Nativo de Hawái e isleño del Pacífico:**

- Indio asiático  
 Chino  
 Filipino  
 Japonés  
 Coreano  
 Vietnamita  
 Otro asiático

- Guameño o Chamorro  
 Nativo de Hawái  
 Samoano  
 Otro isleño del Pacífico  
 Raza blanca  
 **Prefiero no responder**

Seleccione uno si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

Español       Chino       Otro: \_\_\_\_\_

Seleccione uno si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Braille       Letras grandes       CD de audio       CD de datos

Comuníquese con Centers Plan for Healthy Living al 1-877-940-9330 si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja?     Sí     No      ¿Su cónyuge trabaja?     Sí     No

Indique su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o más.

- Evidencia de cobertura       Directorio de farmacias  
 Directorio de proveedores       Formulario integral (Lista de medicamentos)

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Comuníquese con Centers Plan for Healthy Living al 1-877-940-9330 si desea recibir uno de estos materiales por correo electrónico. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Contacto de emergencia:

Nombre:

Número de teléfono:

Parentesco con el miembro:

### Pago de las primas de su plan

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

**Si tiene que pagar una Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan.** Por lo general, el monto se deduce de su beneficio del Seguro Social o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague a los Centers Plan for Healthy Living los montos mensuales de ajuste relacionados con el ingreso (o IRMAA) de la parte D.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

#### Seleccione una opción de pago de prima:

Recibir una factura

Deducción automática mensual de su cheque de beneficios del seguro social (Social Security, SSA) o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB).

SSA

RRB

### Solo para personas que ayudan al afiliado a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), familiares u otros terceros) que ayuda a un afiliado a completar este formulario.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Número de productor nacional (solo agentes/corredores): \_\_\_\_\_

#### DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes de 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. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN, por sus siglas en inglés) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.



75 Vanderbilt Ave Staten Island NY 10304 1-844-CPHL-CARES www.centersplan.com

### Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Lea los siguientes enunciados cuidadosamente y marque la casilla si el enunciado aplica a su situación. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).
- Me mudé recientemente fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Me liberaron recientemente de prisión. Me liberaron el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Regresé recientemente a Estados Unidos luego de haber vivido de manera permanente fuera de este país. Regresé a Estados Unidos el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Obtuve recientemente el estado de presencia legal en Estados Unidos. Obtuve este estado el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (hace poco obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.

- Recientemente tuve un cambio en la Ayuda Adicional que recibo para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (hace poco obtuve la Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- 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 recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- Me mudaré a un centro de cuidados a largo plazo (por ejemplo, un centro de enfermería o un centro de cuidados a largo plazo), vivo en uno o me mudé recientemente de uno. Me mudé/mudaré al/del centro el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Dejé un Programa de Cuidados Integrales para Personas de Avanzada Edad (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) recientemente el (ingrese la fecha) \_\_\_\_\_.
- Perdí recientemente de manera involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Dejo de tener la cobertura del empleador o sindicato el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Pertenezco a un Programa de Asistencia Farmacéutica para la Tercera Edad (EPIC) provisto por mi estado desde el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_ y no he usado esta opción para inscribirme en otro plan de MAPD/PDP este año.
- Me inscribí recientemente en un Programa de Asistencia Farmacéutica para la Tercera Edad provisto por mi estado (EPIC) y mi cobertura comienza el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Cancelé recientemente mi inscripción en un Programa de Asistencia Farmacéutica para la Tercera Edad provisto por mi estado (EPIC) y mi último día de cobertura fue el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Mi plan finaliza su contrato con Medicare o Medicare finaliza su contrato con mi plan.
- Estuve inscrito en un plan proporcionado por Medicare (o por mi estado) y deseo elegir otro plan. Mi inscripción en dicho plan comenzó el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Estaba inscrito en un Plan para Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) pero ya no cumpla con las condiciones de necesidades especiales necesarias para pertenecer a ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.

- Me vi afectado por una emergencia climática o un desastre grave (declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA]). Uno de los otros enunciados se aplicaba a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.
  - La situación declarada por la FEMA: \_\_\_\_\_
  - SEP tentativo: \_\_\_\_\_

Si ninguno de estos enunciados corresponde a su caso o no está seguro, comuníquese con Centers Plan for Healthy Living al 1-(877)-940-9330 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para verificar si son elegibles para inscribirse. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m.

Si marca cualquiera de las casillas anteriores y firma este formulario, certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_