OMB n.º 0938-1378
Vencimiento: 07/31/2024

MEDICARE ADVANTAGE y FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE ADVANTAGE

¿Quién puede usar este formulario?

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

Para inscribirse en un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente residiendo en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

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

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- Parte B de Medicare (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 obtener cobertura a partir del 1.º de enero)
- Dentro de los 3 meses de recibir Medicare por primera vez
- En ciertas 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: 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 su prima se deduzcan 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:
CCA Health Michigan, Inc.
22260 Haggerty Road, Suite 300
Northville, MI 48167

O en línea en www.app-ccahealthmi.org/enroll-now

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

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a CCA Health Michigan al 833-833-0702. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

También puede llamar 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 CCA Health Michigan al 833-833-0702/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 hogar

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

Conforme a la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que en esta figure un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta solicitud de información es 0938-1378. El tiempo necesario para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de las estimaciones 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 elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, historias clínicas, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Se destruirá cualquier elemento que obtengamos que no esté relacionado con cómo mejorar este formulario o la carga que supone la recopilación (descrita en OMB 0938-1378). No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" 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 un plan al que desee unirse:

☐ CCA Medicare Excel (HMO-POS) - $0 por mes

Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre (opcional):
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (/ /)	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Número de teléfono: ( )

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

Ciudad:	Condado (opcional):	Estado:	Código postal:

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

Su información de Medicare:

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

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos recetados (como Asuntos de Veteranos [Veterans Affairs, VA], TRICARE) además de este plan? ☐ Sí ☐ No

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

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar la cobertura de hospital (Parte A) y médica (Parte B) para permanecer en los planes CCA Health Michigan Medicare Advantage.
- Al unirme a este plan de Medicare Advantage, reconozco que CCA Health Michigan compartirá mi información con Medicare, que podría usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines que permita la legislación federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración respecto a la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, podría afectar su inscripción en el plan.
- Comprendo que puedo estar inscrito en un solo 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 cuando comience mi cobertura de CCA Health Michigan, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de CCA Health Michigan. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por CCA Health Michigan y que se incluyen en mi documento "Evidencia de cobertura" (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) de CCA Health Michigan. Ni Medicare ni CCA Health Michigan pagarán por los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta, a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono información falsa de forma intencional en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- 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 comprendo el contenido de esta solicitud. Si la firma un representante autorizado (como se describe más arriba), esta firma certifica lo siguiente:
  1) Esta persona está autorizada en virtud de la legislación del estado a completar esta inscripción.
  2) La documentación de esta autorización 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

Es su decisión responder o no estas preguntas. No se le puede negar la cobertura por no completarlos.

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

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

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

☐ Indígena estadounidense o nativo de Alaska
Asiático
☐ Indígena asiático
☐ Chino
☐ Filipino
☐ Japonés
☐ Coreano
☐ Vietnamita
☐ Otro grupo asiático
☐ De raza negra o afroamericana
Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico:
☐ Guameño o chamorro
☐ Nativo de Hawái
☐ Samoano
☐ Otras islas del Pacífico
☐ De raza blanca
☐ **Prefiero no responder.**

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

☐ Español ☐ Árabe

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

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio

Comuníquese con CCA Health Michigan al 833-833-0702, si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No ¿Su cónyuge trabaja?☐ Sí ☐ No

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

Pagar las primas de su plan

Cada mes, puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga o pueda adeudar) por correo o transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT). Asimismo, cada mes, puede elegir pagar su prima mediante deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB). Si paga un Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de la prima de su plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social, o bien, Medicare o la RRB le facturarán directamente. NO pague a CCA el IRMAA de la Parte D.

¿Desea que la prima de este plan se deduzca de su cheque de beneficios mensual de la SSA o la RRB?

☐ Sí, debe deducirse automáticamente de mi cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).

Recibo mis beneficios de: ☐ Seguro Social ☐ Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

Solo para uso del miembro del personal/agente/intermediario:

Nombre (si recibió asistencia en la inscripción): _____ N. º de NPN:

Fecha de recepción inicial: Fecha de entrada en vigencia propuesta de la cobertura:

DECLARACIÓN RESPECTO A 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 hacer un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y el título 42, secciones 422.50 y 422.60 del CFR autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en la Notificación del Sistema de Registro de Datos (System of Records Notice, SORN) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", Sistema N.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, podría afectar su inscripción en el plan.

Normalmente, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual que abarca desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que podrían permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes afirmaciones con atención y marque la casilla si la afirmación se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, cumple con los requisitos para un Período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

☐ Período de inscripción anual (Annual Enrollment Period, AEP). La fecha de entrada en vigencia de su plan será el 1.° de enero.

☐ Soy nuevo en Medicare.

☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).

☐ Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el ____/ _____/ _____.

☐ Recientemente me han liberado de la cárcel. Me liberaron el ___/ __/ ___.

☐ Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el / _____/ _____.

☐ Recientemente obtuve la residencia legal en Estados Unidos. Obtuve este estatus el _/ ___/ ___.

☐ Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (soy nuevo en Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid, o perdí Medicaid) el ___/ _____/ _____.

☐ Recientemente tuve un cambio en Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare (p. ej., recientemente obtuve Ayuda adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda adicional, o perdí la Ayuda adicional) el _____/ ___/ ___.

☐ Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare), o bien, recibo Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio.

☐ Me mudaré o vivo en un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un asilo de ancianos o un centro de atención a largo plazo) o salí recientemente de uno. Me mudé/me mudaré a/salí del centro el _____/ ___/ ___.

☐ Recientemente dejé un programa PACE el _____/ _____/ _____.

☐ Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura de medicamentos recetados acreditable (una cobertura tan buena como Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el _____/ _____/ _____

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

☐ Estoy en un programa de asistencia de farmacia que proporciona mi estado.

☐ Mi plan está finalizando su contrato con Medicare o Medicare está finalizando su contrato con mi plan.

☐ Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir uno diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el _____/ _____/ _____.

☐ Me inscribí en un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales que se requiere para estar en el plan. Cancelaron mi suscripción en este SNP el _____/ _____/ _____.

☐ Me vi afectado por una emergencia o un desastre importante, según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las otras afirmaciones aquí se aplicaba a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con CCA Health Michigan al 833-833-0702 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si es elegible para inscribirse. Atendemos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.