OMB n.º 0938-1378
Vence: 7/31/2024

AmeriHealth Caritas VIP Care®

# Formulario de solicitud de inscripción individual

Comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP) si necesita información en otro idioma o formato (por ejemplo, braille).

| | |
|---|---|
| **¿Quién puede usar este formulario?** | Las personas con Medicare que quieran unirse a un plan Medicare Advantage. |
| **Para poder inscribirse en un plan, debe cumplir estos requisitos:** | • Ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en los Estados Unidos.<br>• Vivir en el área de servicio del plan.<br><br>**Importante:** Para unirse a un plan Medicare Advantage, debe contar con estas dos partes:<br>• Medicare Parte A (seguro de hospital).<br>• Medicare Parte B (seguro médico). |
| **¿Cuándo uso este formulario?** | Puede unirse a un plan:<br>• Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que comienza el 1 de enero).<br>• Dentro de los 3 meses de tener Medicare por primera vez.<br>• En ciertas situaciones cuando se le permite unirse a un plan o cambiar de plan.<br><br>Visite **www.medicare.gov** para informarse más sobre cuándo puede inscribirse en un plan. |
| **¿Qué necesito para completar este formulario?** | • Su número de Medicare (el número en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).<br>• Su domicilio permanente y su número de teléfono.<br><br>**Nota:** Debe completar todos los puntos de la sección 1. Los puntos de la sección 2 son opcionales: no le pueden negar la cobertura por no completarlos. |
| **Recordatorios:** | • Si quiere unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre inclusive.<br>• Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Usted puede elegir que le deduzcan los pagos de las primas de su cuenta bancaria o de sus beneficios mensuales del Seguro Social (o Junta de Retiro Ferroviario). |
| **¿Qué sucede luego?** | Envíe su formulario completado y firmado a:<br><br>AmeriHealth Caritas VIP Care<br>P.O. Box 7137<br>London, KY 40742-9732<br><br>Una vez que procesen su solicitud para unirse al plan, se comunicarán con usted. |
| **¿Cómo puedo recibir ayuda para completar este formulario?** | Llame a AmeriHealth Caritas VIP Care al **1-800-858-1487**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.<br><br>O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**.<br><br>En español: Llame a AmeriHealth Caritas VIP Care al **1-800-858-1487/711** (TTY)<br><br>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 unirse a un plan pero no tiene residencia permanente, una casilla postal, una dirección de un albergue o clínica o la dirección en la que recibe el correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social) podrían considerarse su dirección de residencia permanente. |

De acuerdo con la Ley de reducción de trámites de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de OMB. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo que se requiere 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 recolectar los datos necesarios, además de completar y revisar la información recopilada. Si tiene algún comentario relacionado con 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 reclamos, pagos, historial médico, etc.) a la oficina de autorización de la PRA (Ley de reducción de trámites). Se eliminará cualquier elemento que recibamos que no sea relativo a cómo mejorar este formulario o el esfuerzo que supone su recopilación (descritos en OMB 0938-1378). No se guardará, revisará ni enviará al plan. Véase la sección ¿Qué sucede luego? en esta página para enviar su formulario completado al plan.**

## SECCIÓN 1: TODOS LOS CAMPOS EN ESTA PÁGINA SON OBLIGATORIOS (A MENOS QUE SE INDIQUEN COMO OPCIONALES).

SELECCIONE EL PLAN AL QUE DESEA UNIRSE:

☐ AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO SNP): $0 por mes

| Apellido: | Nombre: | Inicial del segundo nombre (opcional): | ☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta. |
|---|---|---|---|
| Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA): | Sexo: ☐ M ☐ F | | |
| Número de teléfono: | | | |
| Dirección de la residencia permanente (no ingresar una casilla postal): | | | |
| Ciudad: | | | |
| Condado (opcional): | Estado: | Código postal: | |

DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN DE RESIDENCIA PERMANENTE) (SE PERMITE CASILLA POSTAL)

| Dirección: | | |
|---|---|---|
| Ciudad: | Estado: | Código postal: |

## SU INFORMACIÓN DE MEDICARE

Número de Medicare:

## RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos bajo receta (como VA, TRICARE) además de AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP)?

☐ **Sí** ☐ **No**

Nombre de la otra cobertura:

Número de miembro para esta cobertura:

Número de grupo para esta cobertura:

¿Está inscrito en el programa estatal de Medicaid?

☐ **Sí** ☐ **No**

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

## IMPORTANTE: LEA Y FIRME ABAJO

- Debo conservar tanto la cobertura de hospital (Parte A) como la cobertura médica (Parte B) para permanecer en AmeriHealth Caritas VIP Care.
- Al inscribirme en este plan de Medicare Advantage (MA), entiendo que AmeriHealth Caritas VIP Care compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para efectuar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoricen la recopilación de esta información (consultar a continuación la Declaración de la Ley de Privacidad). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solamente puedo estar inscrito en un plan de MA y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones en los planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de AmeriHealth Caritas VIP Care, debo obtener todos los beneficios médicos y de medicamentos bajo receta de AmeriHealth Caritas VIP Care. Se cubrirán los beneficios y los servicios prestados por AmeriHealth Caritas VIP Care indicados en el documento "Evidencia de cobertura" de AmeriHealth Caritas VIP Care (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni AmeriHealth Caritas VIP Care pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que, si deliberadamente brindo información falsa en este formulario, seré desafiliado del plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada a actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de la solicitud. Si la firma pertenece a un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:

  1) Esta persona está autorizada de acuerdo con la ley estatal para completar la inscripción, y

  2) La documentación de esta autoridad está disponible a petición 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 inscrito: |

## SECCIÓN 2: todos los campos en esta página son opcionales.

Responder estas preguntas es su decisión. No le pueden negar la cobertura por no completarlos.

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todo lo que corresponda.

- ☐ No, no soy de origen hispano, latino o español
- ☐ Sí, soy mexicano/a, mexicano/a-americano/a, chicano/a
- ☐ Sí, soy portorriqueño/a
- ☐ Sí, soy cubano/a
- ☐ Sí, de otro origen hispano, latino o español
- ☐ **Elijo no responder.**

¿Cuál es su raza? Seleccione todo lo que corresponda.

- ☐ Indio/a americano/a o nativo/a de Alaska

Asiático/a:

- ☐ Indio/a asiático/a
- ☐ Chino/a
- ☐ Filipino/a
- ☐ Japonés/a
- ☐ Coreano/a
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otro asiático/a

- ☐ Negro/a o afroamericano/a

Nativo/a de Hawai y isleño/a del Pacífico

- ☐ Guameño/a o chamorro/a
- ☐ Nativo/a de Hawai
- ☐ Samoano/a
- ☐ Otro isleño/a del Pacífico

- ☐ Blanco
- ☐ **Elijo no responder.**

Seleccione una de estas opciones si desea que le enviemos información en un formato accesible.

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio

Llame a AmeriHealth Caritas VIP Care al **1-800-858-1487** si necesita información en un formato accesible distinto de los enumerados arriba. Estos son nuestros horarios de atención del 1 de octubre al 31 de marzo: 8 a. m. – 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre: 8 a. m. – 8 p. m. de lunes a viernes. 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 médico:

Dirección de correo electrónico:

**DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD**

Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar el seguimiento de la inscripción del beneficiario en planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y efectuar el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan a recopilar dicha información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar información sobre la inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del sistema de registros (SORN) "Medicamentos bajo receta de Medicare Advantage (MARx)", Sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

| **Solo para uso de oficina:** | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del integrante del personal, agente o corredor (si asistió en la inscripción) | | | |
| Número de ID del plan: 001 | | Fecha de vigencia de la cobertura: | |
| Fecha de solicitud: | | | |
| ☐ ICEP/IEP | ☐ AEP | ☐ SEP | ☐ MA OEP |
| No elegible: | Otro: | | |
| Número de NIPR: | Número de NIPR: | Número de agente que completa: | |
| Firma del agente: | | | |

**Habitualmente solo puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el período de inscripción anual que va desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año.** Sin embargo, hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes afirmaciones atentamente y marque la casilla si la afirmación le corresponde. Al marcar alguna de las casillas siguientes usted certifica que, según lo que entiende, es elegible para un período de inscripción. Si en el futuro determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero realizar un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA-OEP).
- ☐ Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé hace poco y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (insertar fecha) _____.
- ☐ Recientemente salí en libertad de la cárcel. Recuperé mi libertad el (insertar fecha) _____.
- ☐ Hace poco regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos. Regresé a los Estados Unidos el (insertar fecha) _____.
- ☐ Recientemente obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (insertar fecha) _____.
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (acabo de obtener Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (insertar la fecha) _____.
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Extra que paga la cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare (acabo de obtener Ayuda Extra, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Extra o perdí la Ayuda Extra) el (inserte la fecha) _____.
- ☐ Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o tengo Ayuda Extra para pagar mi cobertura de medicamentos bajo receta de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- ☐ Estoy yendo a vivir, vivo o recientemente salí de un centro médico de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos). Fui/Iré al centro médico o saldré de éste el (insertar fecha) _____.
- ☐ Hace poco dejé un Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE) el (insertar fecha) _____.
- ☐ Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura acreditable para medicamentos bajo receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (insertar fecha) _____.

☐ Dejo la cobertura del empleador o del sindicato el (insertar fecha) _____.

☐ Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia provisto por mi estado.

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

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

☐ Me inscribieron en un plan para necesidades especiales (SNP) pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Me desafiliaron del SNP el (insertar fecha) _____.

☐ Me vi afectado por una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) o por una entidad federal, estatal o gubernamental local). Una de las otras afirmaciones indicadas aquí me correspondía, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción debido al desastre.

Si ninguna de estas afirmaciones aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al **1-800-858-1487** (TTY 711) para saber si es elegible para la inscripción. Estamos disponibles del 1 de octubre al 31 de marzo de 8 a. m. – 8 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. – 8 p. m. de lunes a viernes.