



COMMUNITY HEALTH PLAN
of Washington™

The power of community

MEDICARE ADVANTAGE



Formulario de inscripción individual

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que quieren inscribirse en el plan Medicare Advantage o el plan de medicamentos con receta de Medicare.

Para inscribirse en el plan, usted debe cumplir con las siguientes condiciones:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o vivir legalmente en los Estados Unidos.
- Vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse en el plan Medicare Advantage, también debe poseer lo siguiente:

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario).
- 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 la cobertura que comienza el 1 de enero).
- Dentro de los tres meses de haber obtenido Medicare por primera vez.
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan.

Llámenos o 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 figura 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 si no los responde.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), debemos contar con su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Le enviaremos una factura por la prima del plan. Usted puede optar por inscribirse para pagar la prima mediante deducción automática de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

Sección 1: todos los campos son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Seleccione el plan en el que desea inscribirse:

- Plan 1 de MA de CHPW (HMO).....\$0.00 por mes
 Plan 4 de MA de CHPW (HMO)..... \$94.00 por mes
 Plan 2 de MA de CHPW (HMO)..... \$40.50 por mes
 Plan de MA de CHPW No RX (HMO).... \$0.00 por mes
 Plan 3 de MA de CHPW (HMO)..... \$68.00 por mes
 Plan Dual de MA de CHPW (HMO SNP) \$0.00* por mes

**La tarifa de la prima depende del nivel de elegibilidad para Medicaid de su estado.*

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) __ __ / __ __ / __ __ __ __
 Sexo: M F Otra opción
 Número de teléfono:() -

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado de correos):

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo postal (si es diferente de la dirección de residencia permanente, se permitido un apartado de correos):

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono celular (opcional): _____

Su información de Medicare:

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

Lea y responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta (por ej., VA, TRICARE) además del plan Medicare Advantage de Community Health Plan of Washington (CHPW)? Sí No

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

¿Es usted una persona con doble elegibilidad a través de Medicaid (estado de QMB, SLMB, CNP, etc.)? Sí No

Número de ProviderOne (solo para miembros de Medicaid): _____

Enumere su médico de atención primaria (PCP), clínico o centro de salud: _____

SOLO PARA USO DEL PLAN: ICEP/IEP AEP OEP SEP (tipo de lista) _____ No elegible

Número del agente	Código de derivación	Fecha de recepción	Fecha de ingreso	Fecha de entrada en vigencia propuesta
-------------------	----------------------	--------------------	------------------	--

IMPORTANTE Lea y firme a continuación:

- Debo conservar tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) de Medicare para permanecer en Medicare Advantage de Community Health Plan of Washington (MA de CHPW).
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que el MA de CHPW compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para rastrear mi inscripción, hacer pagos y con otros propósitos permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (véase la Declaración de la Ley de Privacidad más abajo).
- Su respuesta a este formulario de solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- A mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que si proporciono información falsa en este formulario de forma intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas que tienen Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, salvo por la cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- Comprendo que cuando comience mi cobertura de MA de CHPW, debo obtener todos los beneficios médicos y de medicamentos recetados por parte de MA del CHPW. Los beneficios y servicios proporcionados por MA del CHPW e incluidos en el documento de "Evidencia de cobertura" (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) de MA de CHPW estarán cubiertos. Ni Medicare ni MA de CHPW pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud indica que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si un representante autorizado (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica lo siguiente: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad está disponible en caso de que Medicare la requiera.

Firma: _____ Fecha de hoy: _____

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

Nombre: _____ Dirección: _____

Número de teléfono: (____) _____ - _____ Relación con la persona inscrita: _____

Sección 2: todos los campos de esta sección son opcionales

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

Marque la casilla si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea inglés. Español

Marque una casilla si prefiere que le enviemos información en otro formato accesible.

Braille Tamaño grande CD de audio

Comuníquese con Community Health Plan of Washington Medicare Advantage al 1-800-942-0247 si necesita información en un formato accesible distinto que no esté listado arriba. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No Idioma preferido _____

Quiero recibir los siguientes materiales de forma electrónica en lugar de copias impresas por correo.

Información del plan [Evidencia de Cobertura (EOC), Informe Anual de Cambios (ANOC), directorios de proveedores y farmacias, formularios de medicamentos].

Dirección de correo electrónico: _____

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA) o de medicamentos con receta (PDP), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Los artículos 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del CFR 42 autorizan la recogida de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar los datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare tal y como se especifica en el Aviso del sistema de registros (System of Records Notice, SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARX)", sistema número 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Según la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona tendrá la obligación de responder a un instrumento de recopilación de información que no exhiba un número de control vigente emitido por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control vigente de la OMB para la recopilación de información es 0938-NEW. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es de un promedio de 20 minutos por respuesta, lo que incluye 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 los tiempos estimados 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, registros médicos, etc.) a PRA Reports Clearance Office. Cualquier elemento que recibamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o sobre su carga de recopilación (indicada en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, ni se revisará, ni se enviará al plan. Consulte la sección "¿Qué ocurre luego?" de esta página para enviar su formulario completo al plan.**

Pago de la prima de su plan

Usted puede pagar la prima mensual del plan (incluso la multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que adeude) todos los meses por correo o transferencia electrónica de fondos (EFT). También puede pagar la prima todos los meses mediante deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) o de su tarjeta de crédito.

Si a usted se le adjudica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D (IRMAA), será notificado por la Administración de Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. A usted se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social, o bien recibirá la factura directamente de Medicare o la RRB. NO pague a Medicare Advantage (MA) de Community Health Plan of Washington (CHPW) el IRMAA de la Parte D.

Es posible que las personas con ingresos limitados cumplan con los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos recetados. Si resulta elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de los medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no quedarán sujetas a la etapa del período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos beneficios y no lo saben. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, póngase en contacto con la oficina local del Seguro Social, o bien llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar ayuda adicional en línea en [socialsecurity.gov/prescriptionhelp](https://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si reúne los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una parte de la prima, le enviaremos a usted la factura por el monto que Medicare no cubra. Si no elige una opción de pago, todos los meses recibirá una factura.

Elija una opción de pago de prima:

- Pago mensual con cheque personal tras recibir una factura.**
- Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria todos los meses**
Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta: _____

Número de ruta del banco: _____ Número de cuenta del banco: _____

Tipo de cuenta: **Corriente** **Caja de ahorros**

- Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).**

Recibo beneficios mensuales de: **Seguro Social** **RRB** (La deducción del Seguro Social/de la RRB puede demorarse hasta dos meses o más en comenzar luego de que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción del cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales).

- Pago en línea con su tarjeta de crédito o débito.** Pagaré mi prima mensual del plan directamente a través de E-Bill Express, una herramienta de pago en línea. Cuando sea miembro, me inscribiré en E-Bill Express para hacer pagos únicos o configurar pagos periódicos automáticos de mi tarjeta de crédito o débito. Para obtener más información o para inscribirse en esta opción de pagos, ingrese a nuestro sitio web en: [medicare.chpw.org/member-center/member-self-service/pay-your-bills/](https://www.medicare.chpw.org/member-center/member-self-service/pay-your-bills/).

¿Qué ocurre luego?

Envíe su formulario completo y firmado a:

**Medicare Advantage
de Community Health Plan of Washington**

**1111 3rd Ave Ste 400,
Seattle, WA 98101**

Una vez que procesemos su solicitud de adhesión, nos pondremos en contacto con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Community Health Plan of Washington Medicare Advantage al 1-800-944-1247. 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 Community Health Plan of Washington Medicare Advantage al 1-800-944-1247/711 TTY o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.