



# Formulario de inscripción individual

## ¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que quieren inscribirse en el plan Medicare Advantage.

**Para inscribirse en el plan, 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 tener cobertura desde el 1.º de enero)
- Dentro de los 3 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 nuestro plan durante Período de inscripción anual (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. Puede optar por inscribirse para que se deduzcan los pagos de su prima de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario).

## ¿Qué ocurre luego?

Envíe su formulario completo y firmado a la siguiente dirección:

**Community Health Plan of Washington  
Medicare Advantage  
1111 3rd Ave, Ste 400  
Seattle, WA 98101**

Una vez que procesemos su solicitud para unirse, nos pondremos en contacto con usted.

## ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Call Community Health Plan of Washington Medicare Advantage at 1-800-944-1247. TTY users can call 711.

Or, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

**En español:** Llame a Community Health Plan of Washington Medicare Advantage al 1-800-944-1247/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 usar un apartado postal, la dirección de un refugio o una clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social) como su dirección de residencia permanente.

Según la Ley de Reducción de Trámites (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 válido de la OMB para esta 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 comentarios 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 la Oficina de Liquidación de Informes de la Ley de Reducción de Trámites (PRA). Cualquier elemento que recibamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o su carga de cobro (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se guardará, revisará ni enviará al plan. Consulte la sección "¿Qué ocurre luego?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

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

Elija el plan en el que quiere inscribirse:

- Plan Dual Complete de CHPW (HMO D-SNP) .....\$0.00\* por mes
- Plan Dual Select de CHPW (HMO D-SNP)...\$0-\$26.20\* por mes
- Plan 2 de MA de CHPW (HMO)..... \$23.10 por mes
- Plan 4 de MA de CHPW (HMO).....\$107.00 por mes
- Plan Freedom de MA de CHPW (HMO) .....\$0.00 por mes

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

Apellido:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo:	Número de teléfono:
<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Dirección de residencia permanente (No ingresar una casilla de correo):

Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección postal (Si es diferente de la dirección permanente, se puede ingresar un apartado postal):

Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Teléfono celular: (Opcional)**	Dirección de correo electrónico: (Opcional)**
<input type="text"/>	<input type="text"/>

\*\*Al proporcionar una dirección de correo electrónico y un número de teléfono celular, acepta recibir comunicaciones por mensaje de texto y correo electrónico de Community Health Plan of Washington.

- Sí, me gustaría recibir el Aviso anual de cambios (ANOC) y la Evidencia de cobertura (EOC) de manera digital.

### Su información de Medicare:

Número de Medicare:

## Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura para los medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de Medicare Advantage de CHPW?  Sí  No

Nombre de la otra cobertura:

Número de afiliado para esta cobertura:

Número de grupo para esta cobertura:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

¿Tiene doble elegibilidad a través de Medicaid (estado 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:

## IMPORTANTE - Lea y firme a continuación:

- Debo conservar tanto el Hospital (Parte A) como el Médico (Parte B) para permanecer en Medicare Advantage (MA) de Community Health Plan of Washington (CHPW).
- Al inscribirse en este Plan Medicare Advantage, reconozco que MA de CHPW compartirá mi información con Medicare, quien puede utilizarla para rastrear mi inscripción, hacer pagos y otros propósitos permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (ver 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.
- Entiendo que solo puedo inscribirme en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan cancelará de forma automática mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- 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 cuando comience mi cobertura de MA de CHPW, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de MA de CHPW. Los beneficios y servicios proporcionados por MA de 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 legalmente para actuar en mi nombre) en esta solicitud indica que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si la firma un representante autorizado (como se describe arriba), 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 (MM/DD/AAAA):

**Solo para las personas que ayudan a la persona inscrita a completar este formulario:** Complete esta sección si usted es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores de SHIP, familiares u otros terceros) que ayuda a una persona inscrita a completar este formulario.

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

Relación con la persona inscrita: \_\_\_\_\_

Número Nacional de Productor (solo Agentes/Corredores): \_\_\_\_\_

SOLO PARA USO DEL PLAN: <input type="checkbox"/> ICEP/IEP <input type="checkbox"/> AEP <input type="checkbox"/> MA OEP <input type="checkbox"/> SEP (Tipo de lista) _____				
<input type="checkbox"/> No elegible				
Número del agente	Código de derivación	Fecha de recepción	Fecha de ingreso	Fecha de entrada en vigencia propuesta

## Sección 2: Todos los campos de esta sección son opcionales

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

**¿Tiene origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No, no tengo origen hispano, latino ni español  | <input type="checkbox"/> Sí, tengo origen mexicano, mexicanoamericano, chicano |
| <input type="checkbox"/> Sí, tengo origen puertorriqueño                 | <input type="checkbox"/> Sí, tengo origen cubano                               |
| <input type="checkbox"/> Sí, tengo otro origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder                                 |

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

- |  |  |  |                                     |
|--|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nativa de Estados Unidos o Alaska | <input type="checkbox"/> China                         | <input type="checkbox"/> Coreana               | <input type="checkbox"/> Samoana    |
| <input type="checkbox"/> Indígena asiática                 | <input type="checkbox"/> Filipina                      | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái       | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana             | <input type="checkbox"/> Guameña o chamorra            | <input type="checkbox"/> Otra raza asiática    | <input type="checkbox"/> Blanca     |
| <input type="checkbox"/> Japonesa                          | <input type="checkbox"/> Otra raza isleña del Pacífico | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |                                     |

**¿Cuál es su género? Seleccione una opción.**

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mujer      | <input type="checkbox"/> Utilizo un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hombre     | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder               |
| <input type="checkbox"/> No binario |  |

**¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo se considera? Seleccione una opción.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay                             | <input type="checkbox"/> Utilizo un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Heterosexual, es decir, ni gay ni lesbiana | <input type="checkbox"/> No sé                               |
| <input type="checkbox"/> Bisexual                                   | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder               |

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma que no sea español.  **Inglés**

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

- Braille**     **Tamaño grande**

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., los 7 días de la semana. TTY users can call 711.

¿Usted o su cónyuge trabajan?  Sí  No

Idioma hablado preferido \_\_\_\_\_

DECLARACIÓN 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 beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o bien en los Planes de medicamentos con receta (PDP), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y el Título 42, secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del sistema de registros (SORN) "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)", Número de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el 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 optar por pagar su prima mediante deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) o tarjeta de crédito cada mes.

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.

### 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 bancaria:

Número de cuenta bancaria:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Tipo de cuenta:  Corriente  De ahorros

- Deducción automática del cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la RRB.** Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB (La deducción automática puede demorarse hasta dos meses o más en comenzar luego de que el Seguro Social o la RRB la apruebe. 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. Una vez que 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](http://medicare.chpw.org/member-center/member-self-service/pay-your-bills)