



Formulario de inscripción individual



¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que quieren inscribirse en el Plan Advantage de Medicare o Plan Prescription Drug 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 Advantage de Medicare, 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.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 porque no los completa.

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 Retiro Ferroviario).

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

Elija el plan en el que quiere inscribirse:

Plan CHPW MA 1 (HMO)..... \$00.00 por mes

Plan CHPW MA 2 (HMO)..... \$26.50 por mes

Plan CHPW MA 3 (HMO)..... \$68.00 por mes

Plan CHPW MA 4 (HMO)..... \$94.00 por mes

Plan CHPW MA No RX (HMO).... \$00.00 por mes

Plan doble de CHPW MA (HMO SNP) \$00.00* por mes

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

Apellido:

Nombre:

Inicial del 2.º nombre:

Fecha de nacimiento:

(DD/MM/AAAA) _ _ / _ _ / _ _ _ _

Sexo:

M F Otro

Número de teléfono:

() -

Dirección de residencia permanente (no ingrese una casilla de correo)

Ciudad:

Condado:

Estado:

Código postal:

Dirección de correo postal (solo si es diferente de la dirección de residencia permanente, se permite el 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 (como VA, TRICARE) además de CHPW Medicare Advantage?

Sí No

Nombre de la otra cobertura:

N.º de identificación para esta cobertura:

N.º de grupo para esta cobertura:

¿Tiene doble elegibilidad a través de Medicaid (estado QMB, SLMB, CNP, etc.)? Sí No

ProviderOne Number (solo 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 Community Health Plan of Washington (CHPW) Medicare Advantage (MA).
- Al inscribirme en este Plan Advantage de Medicare o Plan Prescription Drug de Medicare, reconozco que el CHPW MA 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.
- 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.
- Entiendo que cuando comienza mi cobertura de CHPW MA, debo obtener todos los beneficios médicos y para medicamentos recetados por parte del CHPW MA. Los beneficios y servicios proporcionados por el CHPW MA e incluidos en mi documento de "Evidencia de cobertura" (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) del CHPW MA estarán cubiertos. Ni Medicare ni el CHPW MA 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 esta solicitud indica que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si la firma un representante autorizado (como se describe arriba), esto 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 a pedido de Medicare.

Firma: _____

Fecha de hoy: _____

Si es el representante autorizado, firme arriba y complete 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 porque no las responde.

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

Marque la casilla si prefiere que le enviemos información en un formato accesible.

Braille Letras grandes 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., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

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

Deseo recibir los siguientes materiales electrónicamente en lugar de copias impresas por correo.

Información del plan (Evidencia de Cobertura [EOC], Aviso Anual de Cambio [ANOC], directorios de proveedores, directorios de 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 realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o Planes de Prescription Drug (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 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema N.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario de solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Según la Ley de Reducción de Trámites (PRA, por sus siglas en inglés) 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, por sus siglas en inglés). 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, 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 punto con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Liquidación de Informes de PRA. Cualquier punto que obtengamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o su carga de cobranza (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni remitirá al plan. Consulte "¿Qué ocurre luego?" en 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, por sus siglas en inglés). 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, por sus siglas en inglés) 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 Community Health Plan of Washington (CHPW) Medicare Advantage (MA) 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 con receta. Si resulta elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de los medicamentos, incluso las primas mensuales, los deducibles anuales y el coseguro de los medicamentos con receta. 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, por sus siglas en inglés) 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: _____

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 para unirse, nos comunicaremos 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.