

## Formulario de solicitud de inscripción individual para un plan Medicare Advantage (Parte C)

### ¿Quién puede usar este formulario?

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

### Para inscribirse en un plan, debe:

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

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

- Medicare Parte A (seguro de hospital)
- Medicare Parte B (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 cobertura a partir del 1 de enero)
- En un plazo de 3 meses desde que obtuvo Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información de cuándo puede inscribirse en un plan.

### ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (número en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y teléfono

### Nota:

Debe completar todos los artículos de la sección 1. Los artículos de la sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura si no los llena.

### Recordatorios:

- Si quiere inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir antes del 7 de diciembre su formulario completado.
- Su plan le enviará una factura por la prima de este. 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 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

### ¿Qué pasa después?

Envíe su formulario completado y firmado a:  
P.O. Box 14050 Scottsdale, AZ 85267

### Atención a: Inscripción

Una vez que procesen su solicitud para inscribirse, se comunicarán con usted.

### ¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Gold Kidney of Arizona al 844-294-6535. 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 Gold Kidney al 844-294-6535. 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 asistirlo.

### Personas experimentando la falta de vivienda

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

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB). El número válido de control de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información se calcula en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario de la exactitud de los cálculos 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 artículo con su información personal (como reclamos, pagos, expedientes médicos, etc.) a la PRA Reports Clearance Office (Oficina de verificación de reportes de la PRA). Cualquier artículo que obtengamos que no se trate de cómo mejorar este formulario o su obligación de cobro (indicado en OMB 0938-1378) se destruirá. No se guardará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué pasa después?" en esta página para enviar su formulario completado al plan.

## COMPROBEMOS SI PUEDE INSCRIBIRSE EN UN PLAN AHORA MISMO

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea con cuidado las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación aplica en su caso. Marcando cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, según su leal saber, es elegible para un período de inscripción. Si después decidimos que esta información es incorrecta, se le puede cancelar la inscripción.

- Soy nuevo en Medicare (cumpló 65 años en los próximos 3 meses o llegué al mes 24 de discapacidad).
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer 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 opción nueva para mí. Me mudé (escribir fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente salí de prisión. Salí el (escribir fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos. Regresé a los Estados Unidos el (escribir fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (escribir fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recién tuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (escribir fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recién obtuve Ayuda adicional, un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el (escribir fecha) \_\_\_\_\_.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me mudaré, vivo o me mudé recientemente de un centro de cuidados a largo plazo (p. ej., una casa de adultos mayores o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/mudaré al centro/del centro el (escribir fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente dejé un programa PACE el (escribir fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos con receta (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (escribir fecha) \_\_\_\_\_.
- Dejo la cobertura del empleador o sindicato el (escribir fecha) \_\_\_\_\_.
- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia que ofrece mi estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (escribir fecha) \_\_\_\_\_.
- Estaba inscrito en un plan de necesidades especiales (SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales necesaria para estar en ese plan. Me dieron de baja del SNP el (escribir fecha) \_\_\_\_\_.
- Me afectó una emergencia asociada con el clima o un desastre mayor (según lo que declara la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias, FEMA). Una de las otras afirmaciones aquí aplica en mi caso, pero no pude hacer mi inscripción por el desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones aplica en su caso o no está seguro, comuníquese con Gold Kidney of Arizona llamando al 1-844-294-6535 (TTY 711) para ver si es elegible para inscribirse. Estamos abiertos de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana).



**Sección 1: Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que se marquen como opcionales)**

**Seleccione el plan al que quiere unirse:**

- Super Plus** (HMO C-SNP) \$0 por mes
- Dialysis Plus** (HMO POS C-SNP) \$0 por mes
- Super Complete** (HMO C-SNP) \$42.60\* por mes
- Dialysis Complete** (HMO POS C-SNP) \$42.60\* por mes
- Honest Care** (HMO) \$0 por mes

**\*Para quienes califican para recibir la Ayuda adicional (subsidio de prima por bajos ingresos), la prima de la Parte D puede ser de \$0 según su elegibilidad.**

Nombre:	Apellido:	[Opcional: Inicial de segundo nombre]:
---------	-----------	--

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) ____/____/____	Sexo: Masculino    Femenino	Teléfono: (       )
---	--------------------------------	------------------------

Dirección de la residencia permanente (no escriba un apartado postal):

Ciudad:	País:	Estado:	Código postal:
---------	-------	---------	----------------

Dirección postal, si es diferente a 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 de medicamentos con receta (como VA, TRICARE) adicional a Gold Kidney of Arizona?

Sí     No

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_

Número de miembro para esta cobertura: \_\_\_\_\_

Número de grupo para esta cobertura: \_\_\_\_\_

**La elegibilidad para la inscripción en Super Plus (HMO C-SNP) y Super Complete (HMO C-SNP) exige que usted tenga ciertas condiciones.**

¿Tiene trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes?     Sí     No

**La elegibilidad para la inscripción en Dialysis Plus (HMO C-SNP) y Dialysis Complete (HMO C-SNP) exige que usted tenga ciertas condiciones.**

¿Necesita servicios de diálisis?     Sí     No

**IMPORTANTE: Lea y firme abajo**

- Debo mantener tanto la parte hospitalaria (Parte A) como la médica (Parte B) para seguir en Gold Kidney of Arizona.
- Inscribiéndome en este plan Medicare Advantage, reconozco que Gold Kidney of Arizona compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, hacer pagos y para otros fines que permite la Ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad abajo). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un 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).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Gold Kidney of Arizona, debo tener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Gold Kidney of Arizona. Los beneficios y servicios que da Gold Kidney of Arizona y contenidos en mi documento de “Evidencia de Cobertura” de Gold Kidney of Arizona (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Gold Kidney of Arizona pagarán 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 intencionalmente doy información falsa 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 entiendo el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe arriba), la firma certifica que:
  - 1) la ley estatal autoriza a esta persona para completar esta inscripción, y
  - 2) la documentación de esta autoridad está disponible cuando la solicite Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

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

Nombre:

Teléfono:

Dirección:

Relación con el inscrito:

**DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para dar seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, revelar 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)”, 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.

**Sección 2: Todos los campos de esta página son opcionales**

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

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

- No, no de origen hispano, latino o español     Sí, cubano  
 Sí, mexicano, mexicano americano, chicano     Sí, de otro origen hispano, latino o español  
 Sí, puertorriqueño     **Prefiero no responder**

¿Cuál es la raza de su hijo? Seleccione todas las que correspondan.

- Indio americano o nativo de Alaska     Guameño o Chamorro     Otra isla del Pacífico  
 Indio asiático     Japonés     Samoano  
 Negro o afroamericano     Coreano     Vietnamita  
 Chino     Nativo de Hawái     Caucásico  
 Filipino     Otras regiones asiáticas     **Prefiero no responder**

Seleccione una opción si quiere que le enviemos información en un idioma distinto al inglés.

- Español

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

- Braille     Letra de molde grande     CD de audio

Comuníquese con Gold Kidney of Arizona llamando al 1-844-294-6535 si necesita información en un formato accesible distinto al que se indicó arriba. Nuestro horario de oficina es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana; y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja?     Sí     No    ¿Su cónyuge trabaja?     Sí     No

Escriba su PCP, centro médico o nefrólogo de atención principal:

¿Quiero recibir los siguientes materiales en otro formato que no sea por el correo de los EE. UU.? **Seleccione**     **Sí**     **No**

Resumen de Beneficios, Evidencia de Cobertura y Aviso de Cambio Anual, por correo electrónico, en línea, en vez de por el correo de los EE. UU. Dirección de correo electrónico:

**Pago de las primas de su plan**

Usted puede pagar la prima mensual de su plan, incluyendo cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que pueda adeudar por correo cada mes. También puede elegir pagar su prima deduciéndola automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) cada mes.

Si tiene que pagar una cantidad de ajuste mensual asociado con los ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar esta cantidad adicional a la prima de su plan. NO pague a Gold Kidney of Arizona la Parte D-IRMAA.

**SECCIÓN ADMINISTRATIVA DE GOLD KIDNEY HEALTH PLAN (Solo para uso de agentes autorizados)**

Nombre del miembro del personal/agente/representante (si ayudó en la inscripción):  
N.º de agente

N.º de identificación del plan    Fecha de entrada en vigor de la cobertura:

Fecha de recepción por parte del agente de ventas autorizado:

Firma del agente de ventas autorizado (obligatorio):