

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

¿Quién puede utilizar este formulario?

Las personas afiliadas a Medicare que deseen inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan:

- Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o ser residente legal en los Estados Unidos.
- Debe vivir dentro del área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe estar inscrito en los dos siguientes planes:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)

¿Cuándo debo utilizar 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 posteriores a la obtención de Medicare;
- ante ciertas circunstancias en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan.

Visite Medicare.gov para conocer cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su domicilio permanente y su número de teléfono

Nota: Debe completar todos los campos de la sección 1. Los campos de la sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura por no haberlos completado.

Gold Kidney Health Plan, Inc. es un plan HMO-POS, HMO-MA y HMO-POS C-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Gold Kidney Health Plan depende de la renovación del contrato.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), la administración del plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- La administración del plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de la prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su prestación mensual del Seguro Social (o de la Junta Ferroviaria de Jubilaciones, RRB).

¿Cuál es el siguiente paso?

Envíe su formulario completado y firmado a la siguiente dirección:

Gold Kidney Health Plan
Attn: Member Services
PO Box 14050 Scottsdale, AZ 85267

Una vez procesada su solicitud de inscripción, se pondrán en contacto con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda para completar este formulario?

Llame a Gold Kidney Health Plan 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 asistirle.

Personas que no tienen hogar

- Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, se podrá considerar como dirección de residencia permanente un apartado de correos, la dirección de un centro de acogida o clínica, o la dirección en la que recibe correo (por ejemplo, cheques de la Seguridad Social).

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta información es de un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de las estimaciones de tiempo o alguna sugerencia 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 material con su información personal (como reclamaciones, pagos, historial médico, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes en virtud de la Ley de Reducción de Trámites. Cualquier información que recibamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o a su carga de recopilación (según se indica en OMB 0938-1378) será destruida. No se conservará, revisará ni remitirá 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, solo podrá inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el período de inscripción anual que va 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 atentamente los siguientes enunciados y marque la casilla si el enunciado se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, se le podrá dar de baja.

- Me inscribo durante el período de inscripción anual, del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- Soy nuevo en Medicare (cumpló 65 años en los próximos 3 meses o cumpló 24 meses 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).
- Me he mudado recientemente fuera del área de servicio de mi plan actual o me he mudado recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (introduzca la fecha) _____.
- Recientemente he salido de la cárcel. Fui puesto en libertad el (introduzca la fecha) _____.
- Recientemente he regresado a Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de EE. UU. Regresé a EE. UU. el (introduzca la fecha) _____.
- Recientemente he obtenido el estatus de residencia legal en Estados Unidos. Obtuve este estatus el (introduzca la fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (introduzca la fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente recibí Ayuda adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el (introduzca la fecha) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me voy a mudar, vivo o me mudé recientemente de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré dentro/fuera de la instalación el (introduzca la fecha) _____.
- Recientemente me retiré de un programa PACE el (introduzca la fecha) _____.
- Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (introduzca la fecha) _____.
- Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (introduzca la fecha) _____.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica ofrecido por mi estado.
- Mi plan va a finalizar su contrato con Medicare o Medicare va a finalizar 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 (introduzca la fecha) _____.
- Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP) pero he perdido los requisitos de necesidades especiales exigidos para pertenecer a ese plan. Me dieron de baja del SNP el (introduzca la fecha) _____.
- Me vi afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre grave (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA). Una de las otras afirmaciones que figuran aquí se aplicaba a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguno de estos enunciados se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con Gold Kidney Health Plan al 844-294-6535 (TTY 711) para saber 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., 7 días a la semana).

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

Selección del plan	Condado de FL
<input type="checkbox"/> Super Plus (HMO C-SNP) \$0 al mes	<input type="checkbox"/> Broward <input type="checkbox"/> Pasco
<input type="checkbox"/> Super Complete (HMO-POS C-SNP) \$25.80* al mes	<input type="checkbox"/> Clay <input type="checkbox"/> Pinellas
<input type="checkbox"/> Dialysis Plus (HMO-POS C-SNP) \$0 al mes	<input type="checkbox"/> Duval <input type="checkbox"/> Sarasota
<input type="checkbox"/> Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) \$36.30* al mes	<input type="checkbox"/> Hernando
<input type="checkbox"/> Honest Care (HMO) \$0 al mes	<input type="checkbox"/> Manatee
<input type="checkbox"/> Loyalty Care (HMO-POS) \$0 al mes	<input type="checkbox"/> Palm Beach

*Para quienes reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional (Subsidio para primas por bajos ingresos), la prima de la Parte D puede ser de \$0 según su elegibilidad.

Nombre: _____ Apellido: _____ [Opcional: inicial del segundo nombre]: _____

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (____/____/____)	Género (marque uno) Masculino Femenino	Número de teléfono: (____) _____ El número es: Móvil/Teléfono fijo (marque uno)
---	---	--

Residencia permanente (no introduzca un apartado de correos; debe estar en nuestra área de servicio):

Calle: _____ Depto./Unidad/Lote: _____

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

Domicilio postal, si es diferente a su domicilio permanente (se permite un apartado de correos):

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información personal de Medicare:

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

Responda estas preguntas importantes a continuación:

¿Usted recibirá otros medicamentos recetados o cobertura médica (como VA, TRICARE) aparte de Gold Kidney Health Plan? Sí No

Nombre de la otra cobertura: _____ Número de afiliado de esta cobertura: _____ Número de grupo de esta cobertura: _____

Indique su médico de atención primaria (PCP)

Nombre del médico	Especialidad	Ciudad
Número telefónico	Grupo médico/Nombre de la red:	

Indique otros médicos o especialistas que lo hayan atendido en los últimos 3 meses

Nombre del médico	Especialidad	Ciudad
Número telefónico	Número de fax	
Nombre del médico	Especialidad	Ciudad
Número telefónico	Número de fax	

Complete esta sección SI se va a inscribir en un Plan de Necesidades Especiales para enfermedades crónicas (HMO-POS C-SNP)

Esta información se utilizará para verificar su enfermedad crónica en un plazo de dos meses a partir de su inscripción. Medicare exige que Gold Kidney Health Plan verifique su enfermedad crónica como parte del proceso de inscripción.

Si no podemos verificar su enfermedad crónica, debemos cancelar su inscripción en el plan C-SNP al final de su segundo mes de inscripción.

Diabetes: Super Plus (HMO C-SNP), Super Complete (HMO-POS C-SNP), Gold Circle (HMO-POS C-SNP)

¿Su médico u otro profesional de la salud autorizado le ha diagnosticado diabetes (enfermedad del azúcar)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Toma medicamentos para controlar el azúcar en sangre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Trastornos cardiovasculares: Super Plus (HMO C-SNP), Super Complete (HMO-POS C-SNP), Gold Circle (HMO-POS C-SNP)

¿Su médico u otro profesional de la salud autorizado le ha diagnosticado arritmia cardíaca o enfermedad de las arterias coronarias (angina), coágulos de sangre o enfermedad vascular de las piernas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido palpitaciones en el pecho?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido problemas de dolor u opresión en el pecho, dificultad para respirar, ataque cardíaco (infarto de miocardio) o derrame cerebral?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Diálisis: Dialysis Plus (HMO-POS C-SNP) y Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP)

¿Recibe diálisis de forma regular?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene previsto iniciar diálisis o tiene cita para la inserción de una fistula en los próximos 60 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre, teléfono y ciudad del nefrólogo de cabecera

Indique los médicos, las clínicas y otros proveedores de salud que pueden verificar sus respuestas afirmativas

Nombre del médico	Especialidad	Ciudad
Número telefónico	Número de fax	

Divulgación de información

Al completar este documento, se autoriza la divulgación y el uso de la información de identificación individual, tal como se indica a continuación, de conformidad con la ley federal relativa a la privacidad de dicha información.

Por la presente autorizo y ordeno a Gold Kidney que confirme mis enfermedades crónicas y obtenga mi historial médico hasta que deje de estar inscrito en Gold Kidney Health Plan. **(La casilla debe marcarse para las solicitudes de C-SNP)**

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación

- Debo conservar tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la cobertura médica (Parte B) para permanecer en Gold Kidney Health Plan.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que Gold Kidney Health Plan compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para efectuar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte 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 estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan cancelará 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 Health Plan, debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Gold Kidney Health Plan. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por Gold Kidney Health Plan y que figuran en mi documento "Evidencia de cobertura" de Gold Kidney Health Plan (también denominado contrato del afiliado o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni Gold Kidney Health Plan pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información que figura en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono información falsa en este formulario de forma intencional, se me dará de baja del 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 comprendido el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describió anteriormente), esta firma certifica lo siguiente:
 - 1) Que esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y
 - 2) Que la documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

Firma:	Fecha de hoy:
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete los siguientes campos:	
Nombre:	Dirección:
Número de teléfono:	Relación con el afiliado:

