

# Formulario de solicitud de cobertura

Si necesita asistencia o información en otro idioma o formato, comuníquese con MoreCare al **844-480-8528** (TTY: 711). Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana

**Para solicitar cobertura MoreCare, proporcione la siguiente información:**

<b>Verifique la cobertura que desea solicitar</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Cobertura Medicare Advantage para medicamentos recetados</b> MoreCare For You (HMO)		<input type="checkbox"/> <b>Cobertura de necesidades especiales para problemas médicos crónicos</b> MoreCare + (HMO SNP)	
<input type="checkbox"/> <b>Cobertura de necesidades especiales institucionales</b> MoreCare Home (HMO SNP)		<input type="checkbox"/> <b>Cobertura de necesidades especiales institucionales (equivalente)</b> MoreCare At Home (HMO SNP)	
Apellidos:		Inicial del segundo nombre:	
Nombre:		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Pronombres preferidos (opcional):		
Fecha de nacimiento:    /    /	Correo electrónico:		
Teléfono preferencial: (    )    - <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil	Teléfono Alt.: (    )    - <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil		
<b>Residencia permanente</b> (el apartado postal no está permitido)			
Dirección:			
Ciudad:	Estado	Código postal	
<b>Dirección postal</b> (solo si es diferente de la dirección de residencia permanente)			
Dirección			
Ciudad:	Estado	Código postal	
<b>Elija el nombre de un Prestador principal de servicios médicos (PCP)</b>			
Ubicación del PCP o nombre de la clínica:			
Identificación/N.º NPI del PCP (si está disponible):			
<b>Proporcione la información de su seguro Medicare</b>			
Saque su tarjeta Medicare roja, blanca y azul para completar esta sección.		Nombre (tal como aparece en su tarjeta Medicare):	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Complete esta información tal como aparece en su tarjeta Medicare</li> </ul> - O -		Número Medicare	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Adjunte una copia de su tarjeta Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.</li> </ul>		Tiene derecho a:	Fecha de entrada en vigor:
		SEGURO HOSPITALARIO (Parte A)	/ /
		SEGURO MÉDICO (Parte B)	/ /
Debe tener cobertura Medicare Parte A y Parte B para recibir una cobertura Medicare Advantage			

## Pago de su Prima mensual

Si determinamos que usted debe una **multa por inscripción tardía** (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo cada mes. También puede elegir pagar su prima por deducción automática de su cheque de beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, en inglés) o del Seguro Social cada mes.

Si se le aplica una determinación del ajuste mensual acorde a sus ingresos (IRMAA, en inglés) de la Parte D, la Administración del Seguro Social le notificará. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su cobertura. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o será facturado por Medicare o la RRB directamente. **NO** le pague a MoreCare la Parte D-IRMAA.

**Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados.** Si es elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, aquellos que sean elegibles no estarán sujetos a la interrupción de la cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al **1-800-772-1213**. **Los usuarios TTY deben llamar al 1-800-325-0778.** También puede solicitar ayuda adicional en línea en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si es elegible para la ayuda adicional con los costos de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare, entonces Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su cobertura. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubre.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

### Elija una opción de pago de la prima:

- Obtenga una factura mensual**
- Deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) cada mes.**  
Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB

(La deducción del Seguro Social/ RRB puede tardar dos o más meses en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigor de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel por sus primas mensuales).

Envíe su formulario de solicitud de cobertura completo a [Enrollment@morecareil.com](mailto:Enrollment@morecareil.com) o por correo a: MoreCare Enrollment, PO Box 81410, Chicago, IL 60681-0410

## Lea y responda estas preguntas importantes

1. ¿Sufre de una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)?  Sí  No

Si ha tenido un exitoso trasplante de riñón y/o ya no necesita diálisis regular, **adjunte una nota o registros** de su médico que demuestren que ha tenido un exitoso trasplante de riñón o que no necesita diálisis, de lo contrario podríamos necesitar contactarlo para obtener información adicional.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluido otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de VA o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura de **medicamentos recetados** además de MoreCare?  Sí  No

En caso su respuesta sea "Sí", indique su otra cobertura y su(s) número(s) de asegurado para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura:

N.º de asegurado para esta cobertura:

N.º de grupo para esta cobertura:

3. ¿Es usted residente en un centro de atención médica a largo plazo, como un asilo?  Sí  No

En caso su respuesta sea "Sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución

Dirección de la institución (número y calle)

Número de teléfono

4. ¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid?  Sí  No

En caso su respuesta sea "Sí", proporcione su número Medicaid:

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan?  Sí  No

Marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible

Español

Comuníquese con MoreCare al **844-480-8528** si necesita información en un formato o idioma accesible que no sea el que se menciona arriba. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 711

Varios documentos importantes de la cobertura; tales como nuestra Evidencia de cobertura, Directorio de proveedores, Directorio de farmacias y Lista de medicamentos, están disponibles en nuestro sitio web o en el portal para asegurados. Se incluirá información adicional sobre cómo acceder a las copias electrónicas en su kit de bienvenida.

Si desea recibir copias en papel, comuníquese con los servicios para asegurados al **844-480-8528 (TTY: 711)**.

### Herramienta de Evaluación de Elegibilidad de Preinscripción de la cobertura SNP

**Si se inscribe en una de nuestras coberturas de necesidades especiales, complete nuestra Herramienta de Evaluación de Elegibilidad de Preinscripción.**

### Deténgase: Lea esta información importante

Si actualmente tiene cobertura médica de un empleador o sindicato, entonces unirse a MoreCare podría afectar los beneficios de salud de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura médica de su empleador o sindicato si se une a MoreCare. Lea las comunicaciones que le envían su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que figura en sus comunicaciones. Si no hay información sobre con quién comunicarse, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarlo.

**Lea y firme a continuación**

**Al completar esta solicitud de cobertura, acepto lo siguiente:**

MoreCare es una cobertura Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Necesitaré conservar mis Partes A y B de Medicare. Solo puedo estar en una cobertura Medicare Advantage a la vez, y entiendo que al solicitar esta cobertura finalizará automáticamente mi otra cobertura médica de Medicare o cobertura de medicamentos recetados. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda tener en el futuro.

La inscripción en esta cobertura generalmente es para todo el año. Una vez que solicite cobertura, puedo abandonar esta cobertura o hacer cambios solo en ciertos momentos del año cuando hay un período de inscripción disponible (Ejemplo: Del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

MoreCare atiende un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio de MoreCare, debo notificar a la cobertura para poder cancelar mi inscripción y encontrar una nueva cobertura en mi nueva área. Una vez que sea miembro de MoreCare, tengo derecho a apelar las decisiones de la cobertura sobre pagos o servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el Manual del asegurado de MoreCare cuando lo reciba para saber qué reglas debo seguir para obtener cobertura con esta cobertura Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de MoreCare, debo obtener toda mi atención médica de MoreCare, excepto los servicios de emergencia o de urgencia o los servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios autorizados por MoreCare y otros servicios contenidos en mi documento de Evidencia de cobertura de MoreCare (también conocido como contrato del asegurado o acuerdo del titular de la póliza).

Sin autorización, **NI MEDICARE NI MORECARE PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, corredor de seguros u otra persona empleada o contratada por MoreCare, se le puede pagar en función de mi inscripción en MoreCare.

**Divulgación de Información:** Al unirme a esta cobertura médica de Medicare, reconozco que MoreCare divulgará mi información a Medicare y otras coberturas según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. También reconozco que MoreCare divulgará mi información, incluida mi información de eventos de medicamentos recetados, a Medicare, quien puede divulgarla para fines de investigación y otros fines que cumplan con todos los estatutos y reglamentos federales aplicables. La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción de la cobertura. Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre bajo las leyes del Estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si la firma una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

**Firma:**

**Fecha de hoy:**

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

**Nombre:**

**Dirección:**

**Número de Teléfono:**

**Relación con el asegurado:**

**Solo para uso de oficina**

Nombre del agente/corredor de seguros (si asistió en la solicitud de cobertura)

N.º de agente

Fecha de entrada en vigor de la cobertura:

ID del suceso

## DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN

**Por lo general, puede solicitar una cobertura Medicare Advantage solo durante el período anual de inscripción desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año.** Hay excepciones que pueden permitirle solicitar una cobertura Medicare Advantage fuera de este período.

**Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a usted.** Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted declara que, según su leal saber y entender, es elegible para un Período de inscripción. Si luego determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- Solicito cobertura durante el período anual de inscripción (Del 15 de octubre al 7 de diciembre)
- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy asegurado en una cobertura Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP)
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio para mi cobertura actual o me mudé recientemente, y esta cobertura es una nueva opción para mí. Me mudé el (ingrese la fecha) .
- Recientemente fui liberado de la cárcel. Fui liberado el (ingrese la fecha) .
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera. Regresé a los Estados Unidos el (ingrese la fecha) .
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve el estatus el (ingrese la fecha) .
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid recientemente, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí mi Medicaid) el (ingrese la fecha)
- Recientemente tuve un cambio en mi ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recién recibí ayuda adicional, tuve un cambio en el nivel de ayuda adicional o perdí la ayuda adicional) el (ingrese la fecha)
- Cuento con Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) u obtengo ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- Me estoy mudando, vivo o recientemente me mudé de un centro de atención médica a largo plazo (por ejemplo, un asilo o un centro de atención médica a largo plazo). Me mudé/me mudaré dentro/fuera de las instalaciones el (ingrese la fecha) .
- Recientemente dejé un Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE, en inglés) el (ingrese la fecha)
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura válida de medicamentos recetados (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (ingrese la fecha)
- Dejaré la cobertura del empleador o sindicato el (ingrese la fecha)
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica provisto por mi estado.
- Mi cobertura está terminando su contrato con Medicare, O Medicare está terminando su contrato con mi cobertura.
- Estuve asegurado en una cobertura por Medicare (o mi estado) y quiero elegir una cobertura diferente. Mi inscripción en esa cobertura comenzó el (ingrese la fecha)
- Estuve asegurado en una Cobertura de Necesidades Especiales (SNP) pero he perdido la elegibilidad de necesidades especiales requerida para estar en esa cobertura. Mi inscripción en el SNP fue cancelada el (ingrese la fecha) .
- Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA)). Una de las otras declaraciones anteriores se aplicó a mí, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con MoreCare al **844-480-8528 (TTY: 711)** para ver si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de abril al 30 de septiembre (los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo).