

Formulario de solicitud de inscripción a los planes de MoreCare Medicare Advantage

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran inscribirse en un Plan Medicare Advantage.

Para unirse a un plan, debes:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los Estados Unidos
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para inscribirse en un Plan Medicare Advantage, debe tener:

- La Parte A de Medicare (Seguro de Hospital)
- La Parte B de Medicare (Seguro Médico)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los primeros 3 meses de haber obtenido el Medicare
- En ciertas situaciones en las que se permite unirse o cambiar de planes

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

¿Qué necesito para completar este formulario?

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

Nota: Debe completar todos los elementos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales, no se le puede negar la cobertura si no los llena.

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (15 de octubre a 7 de diciembre), el plan debe obtener su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una cuenta por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que los pagos de la prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios).

¿Qué pasa después?

Envíe su formulario completo y firmado a:
Enrollment@morecareil.com o

MoreCare Enrollment

PO Box 64540
Chicago, IL
60664

Al procesar su solicitud para unirse, se comunicarán con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a MoreCare al 844-480-8528.

Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227) y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle. Los usuarios de TTY pueden llamar 1-877-486-2048.

SECCIÓN 1: Todas las áreas de esta página son obligatorias (a menos que estén marcadas como opcionales)

Seleccione el plan al que quiere unirse:

Nombre del plan

- MoreCare For You (HMO) - \$0 por mes**
- MoreCare + (HMO SNP) - \$0 por mes**
- MoreCare Home (HMO SNP) - \$0 por mes**
- MoreCare At Home (HMO SNP) - \$0 por mes**

Tipo de plan e identificación

Medicare Advantage Prescription Drug Plan (001) / (Plan de medicamento recetados Medicare Advantage)
Chronic Condition Special Needs Plan (002) / (Plan de Necesidades Especiales para Condiciones Crónicas)
Institutional Special Needs Plan (003) / (Plan de necesidades especiales institucionales)
Institutional (equivalent) Special Needs Plan (004) / (Plan de necesidades especiales institucionales [equivalente])

Apellido:	Inicial de Segundo Nombre:
-----------	----------------------------

Nombre:

Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Pronombres preferidos (opcional):
---	-----------------------------------

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Correo electrónico (opcional):
----------------------------------	--------------------------------

Número de teléfono: () - <input type="checkbox"/> Inicio <input type="checkbox"/> Móvil	Alt. Teléfono: () - <input type="checkbox"/> Inicio <input type="checkbox"/> Móvil
--	---

Residencia permanente (No consignar un apartado de correos):
Dirección:

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

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite un apartado de correos):
Dirección:

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

Su información de Medicare

Número de Medicare:	-	-	
---------------------	---	---	--

Responda a estas preguntas importantes

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de *MoreCare*? Sí No

Nombre de la otra cobertura:

Número de miembro para esta cobertura: Número de grupo para esta cobertura:

Herramienta de evaluación de calificación de preinscripción del plan SNP

Si se está inscribiendo en uno de nuestros Special Needs Plans (Planes de Necesidades Especiales), por favor complete nuestra Herramienta de Evaluación de Calificación de Preinscripción.

IMPORTANTE: Por favor, lea y firme a continuación

- Debo mantenerme la Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico) para permanecer en *MoreCare*
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que *MoreCare* compartirá mi información con Medicare, quien podrá usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para hacer pagos y para otros propósitos permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (ver la Declaración de la Ley de Privacidad más adelante).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi entender. Entiendo que, si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, seré dado de baja del plan.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto por la cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- Entiendo que cuando mi cobertura de *MoreCare* comience, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de *MoreCare*. Los beneficios y servicios proporcionados por *MoreCare* y contenidos en mi documento de "Evidencia de Cobertura" de *MoreCare* (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) serán cubiertos. Ni Medicare ni *MoreCare* pagarán por los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- 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 anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada por la ley del Estado para completar esta inscripción, y
 - 2) La documentación de esta autoridad está disponible a petición de Medicare.

Firma:

La fecha de hoy:

Si usted es el representante de autorización, firme arriba y llene estas áreas:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

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 hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en la notificación del sistema de registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", System No. 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: Todas las áreas de esta página son opcionales

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

Seleccione si quiere que le enviemos su información en un idioma que no sea el inglés Español

Seleccione uno si quiere que le enviemos información en un formato accesible

Braille Letra grande CD de audio

Por favor contacte a MoreCare al **844-480-8528** si necesita información en un formato accesible que no sea el que aparece arriba. Nuestro horario de oficina es de 8am–8pm CST, 7 días a la semana (lunes–viernes, 1 de abril–30 de septiembre). Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja? Sí No ¿Trabaja su pareja? Sí No

Anote el nombre de su Proveedor de Cuidado Primario (PCP):

Ubicación del PCP o nombre de la clínica:

Número de identificación del PCP/NPI (si está disponible):

¿Es usted un residente de un centro de atención a largo plazo, como un hogar de ancianos? Sí No

Si la respuesta es “sí,” por favor proporciona la siguiente información:

Nombre de la institución

Dirección de la institución (número y calle)

Número de teléfono

¿Está inscrito en su Programa Estatal de Medicaid? Sí No

Si la respuesta es “sí,” por favor proporcione su número de Medicaid

¿Usted recibe ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare? Sí No

Varios documentos importantes del Plan, como nuestra Evidence of Coverage (Evidencia de Cobertura), Provider Directory (Directorio de Proveedores), Pharmacy Directory (Directorio de Farmacias) y Formulary (Formulario/lista de medicamentos), están disponibles en nuestro sitio web o a través del portal para miembros. En su paquete de bienvenida se incluirá información adicional sobre cómo acceder a las copias electrónicas. **Si desea recibir copias en papel, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros al 844-480-8528 (TTY: 711).**

Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o ambos.

- Estos documentos del Plan: Evidence of Coverage (Evidencia de Cobertura) y Summary of Benefits (Resumen de Beneficios)
 Actualizaciones de los miembros, como nuestro boletín de noticias

Por favor, asegúrese de proporcionar su dirección de correo electrónico en la página 1.

Para asegurarnos de mantenerle actualizado sobre las actividades del plan y su atención, *MoreCare* se puede comunicar con usted por mensaje de texto si proporcionó un número de teléfono. Se aplican tarifas de mensajería estándar. Usted siempre tendrá la opción de optar por no recibir mensajes de texto.

Si no desea recibir mensajes de texto de *MoreCare*, por favor marque la casilla a continuación.

No, no quiero recibir mensajes de texto de *MoreCare*.

Pagar las primas de su plan

Si determinamos que debe una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), puede pagar por correo cada mes. **También puede elegir inscribirse para que los pagos de la prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios) cada mes. Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con la Parte D (Parte D-IRMAA), deberá pagar este monto adicional además de la prima de su plan.** Por lo general, el monto se descontará de su beneficio del Seguro Social, o tal vez reciba una factura de Medicare (o de la RRB). **NO le pague a MoreCare la Parte D-IRMAA.**

Sólo para uso de la oficina

Nombre del agente/corredor (si ha ayudado en la inscripción):

Número de identificación del agente:

Fecha de vigencia de la cobertura:

Identificación del evento:

Número de confirmación:

CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN

Normalmente, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage sólo durante el período de inscripción anual desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

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

- Me estoy inscribiendo durante el período de inscripción anual (15 de octubre–7 de diciembre)
- Soy nuevo a Medicare.
- Estoy inscrito en un plan de 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 (insertar fecha) .
- Recientemente fui liberado del encarcelamiento. Fui liberado el (inserté la fecha aquí) .
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (inserté la fecha aquí) .
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve el estatus el (inserté la fecha aquí)
- Recientemente he tenido un cambio en mi Medicaid (recién recibido Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid, o perdí Medicaid) el (insertar fecha)
- Recientemente tuve un cambio en mi Extra Help para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente obtuve Extra Help, tuve un cambio en el nivel de Extra Help, o perdí la Extra Help) el (insertar fecha)
- Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Extra Help para pagar mi cobertura de medicamentos de venta con receta médica de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me estoy mudando, estoy viviendo o saliendo recientemente de un centro de cuidados a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de cuidados a largo plazo). Me mudé/me mudaré a/de la instalación el (insertar fecha)
- Recientemente dejé un programa PACE (inserté la fecha aquí) .
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (inserté la fecha aquí) .
- Dejo la cobertura del empleador o del sindicato el (inserte la fecha aquí) .
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica de mi estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Me inscribí en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha) .
- Me inscribí en un Plan de Necesidades Especiales (SNP) pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Me dieron de baja del SNP el (inserte la fecha aquí) .
- Quiero unirme a un Plan de Necesidades Especiales que adapte sus beneficios a mi condición crónica.
- Fui afectado por una emergencia o un gran desastre (como lo declaró la Agencia Federal de Manejo de Emergencias (FEMA) o por una entidad gubernamental, federal, estatal, o local). Una de las otras declaraciones 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, por favor contacte a MoreCare al 844-480-8528 (TTY: 711) para ver si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de oficina es de lunes a viernes, de 8 a.m.–8 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre (7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo).