

## **Anexo 1: MODELO DE FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)**

### **¿Quién puede utilizar este formulario?**

Personas con Medicare que deseen inscribirse en un plan de Medicare Advantage

#### **Para inscribirse en un plan, debe:**

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

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

- Medicare Parte A (seguro del hospital)
- Medicare Parte B (seguro médico)

### **¿Cuándo utilizo este formulario?**

Puede inscribirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre cada año (para cobertura a partir del 1 de enero)
- En los 3 meses siguientes a la fecha en que empezó a tener Medicare
- En determinadas situaciones en las que se le permita inscribirse o cambiar de planes

Visite **Medicare.gov** para saber más sobre cuándo puede registrarse para un plan.

### **¿Qué necesito para completar este formulario?**

- Su número de Medicare (el número en su tarjeta de Medicare rojo, blanca y azul)
- Su dirección y número de teléfono permanentes

**Nota:** Debe completar todos los ítems de la sección 1. Los ítems de la sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura porque no los llene.

### **Recordatorios:**

- Si desea inscribirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe obtener su formulario completado el 7 de diciembre.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Documentación de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo necesario para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario respecto a la exactitud de los cálculos del tiempo o las 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 reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Liquidación de Informes de PRA (PRA Reports Clearance Office). Se destruirá cualquier artículo que obtengamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en OMB 0938-1378). No se guardará, revisará ni enviará al plan. Consulte “¿Qué sucede a continuación?” en esta página para enviar el formulario completado al plan.

- Su plan le enviará una factura para la prima del plan. Puede optar por registrarse para que se deduzcan los pagos de la prima de su cuenta bancaria o de su beneficio del Seguro Social mensual (o la Junta de Jubilación Ferroviaria [Railroad Retirement Board, RRB]).

### **¿Qué sucede después?**

Envíe su formulario completado y firmado a:

My Choice Wisconsin Medicare Dual Advantage  
Attn: Sales  
5117 W. Terrace Dr.  
Suite 100  
Madison, WI 53718

Una vez que procesen su solicitud para inscribirse, se pondrán en contacto con usted.

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

Llame a My Choice Wisconsin al 1-800-963-0035. 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 My Choice Wisconsin al 1-800-963-0035 (TTY: 711) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

### **Personas sin hogar**

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

**Sección 1: se requieren todos los campos de esta página (a menos que esté marcado como opcional)**

Seleccione el plan al que desea inscribirse:

- WI H5209-002 (HMO DSNP) \$0 por mes
- WI H5209-004 (HMO DSNP) \$0 por mes

Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) ( ____ / ____ / ____ )	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de teléfono: ( ____ )

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal. Nota: Para personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):

Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite el apartado postal):			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	

**Su información de Medicare:**

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

**Responda a estas preguntas importantes:**

¿Tendrá otra cobertura de fármacos de venta con receta (como Asuntos de los Veteranos [Veterans Affairs, VA], TRICARE) además de My Choice Wisconsin?  
 Sí     No

Nombre de otra cobertura:                    Número de miembro para esta cobertura:                    Número de grupo para esta cobertura:  
 \_\_\_\_\_

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

Número de Medicaid: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del solicitante de Medicaid: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:**

- Debo mantener tanto el hospital (parte A) como el seguro médico (parte B) para permanecer en My Choice Wisconsin.
- Al inscribirme en Medicare Advantage, reconozco que My Choice Wisconsin compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para realizar 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.
- Comprendo que puedo estar inscrito en un solo 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 My Choice Wisconsin, debo obtener todos mis beneficios médicos y de fármacos de venta con receta de My Choice Wisconsin. Los beneficios y servicios proporcionados por My Choice Wisconsin y contenidos en mi documento de "Evidencia de Cobertura" de My Choice Wisconsin (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni My Choice Wisconsin pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información de este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa intencionalmente 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 comprendido el contenido de esta solicitud. Si se firma por un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
  - 1) Esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal para completar esta inscripción.
  - 2) La documentación de esta autoridad está disponible previa solicitud por parte de Medicare.

Firma:	Fecha de hoy:
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y llene estos campos:	
Nombre:	Dirección:
Número de teléfono:	Relación con la persona que se inscribe:

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

Responder a estas preguntas es decisión suya. No se le puede negar la cobertura porque no los llene.

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todo lo que corresponda.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicano-estadounidense, chicano |
| <input type="checkbox"/> Sí, de origen puertorriqueño                   | <input type="checkbox"/> Sí, de origen cubano                           |
| <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español      |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Elijo no responder</b>                      |   |

¿Cuál es su raza? Seleccione todo lo que corresponda.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o asiático nativo de Alaska: | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano nativo     |
| <input type="checkbox"/> Indígena asiático                               | Hawaiano y polinésico:                                    |
| <input type="checkbox"/> Chino   | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro               |
| <input type="checkbox"/> Filipino  | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái                  |
| <input type="checkbox"/> Japonés   | <input type="checkbox"/> Samoano                          |
| <input type="checkbox"/> Coreano   | <input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita                                      | <input type="checkbox"/> Blanco                           |
| <input type="checkbox"/> Otra raza asiática                              | <input type="checkbox"/> <b>Elijo no responder</b>        |

¿Cuál es su género? Seleccione una casilla.

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mujer      | <input type="checkbox"/> Uso un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hombre     | <input type="checkbox"/> <b>Elijo no responder</b>       |
| <input type="checkbox"/> No binario |  |

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor la manera en la que se percibe a sí mismo? Seleccione una casilla.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay                                | <input type="checkbox"/> Uso un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Heterosexual, es decir, no es gay ni lesbiana | <input type="checkbox"/> No sé                           |
| <input type="checkbox"/> Bisexual                                      | <input type="checkbox"/> <b>Elijo no responder</b>       |

Seleccione una casilla a continuación si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

- Español    Ruso    Hmong    Lao    Árabe

Seleccione una casilla si desea que le enviemos información en un formato accesible.

- Braille    Letra grande    CD de audio    CD de datos

Póngase en contacto con My Choice Wisconsin al 1-800-963-0035 si necesita información en un formato accesible aparte de los que se indican anteriormente. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja?  Sí  No

¿Su cónyuge trabaja?  Sí  No

Nombre su médico de cabecera (Primary Care Physician, PCP), clínica o centro sanitario:

Quiero obtener el siguiente material por correo electrónico. Seleccione una casilla o más.

- Documentos/comunicaciones para miembros

Dirección de correo electrónico:

### Pagar las primas del plan

Puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda adeudar) por correo o transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) cada mes. **También puede optar por pagar su prima haciendo que se deduzca automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) cada mes. Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA), debe pagar este monto adicional además de la prima del plan.**

El monto generalmente se deduce de su beneficio del Seguro Social, o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO le pague a Molina Healthcare el IRMAA de la Parte D.

**Seleccione una opción de pago de la prima:**

- Recibir una factura
- Deducción automática de su cheque mensual del beneficio del Seguro Social
- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB)

### Solo para personas que ayudan a la persona que se inscribe a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), familiares u otros terceros) que ayuda a una persona que se inscribe a completar este formulario.

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con la persona que se inscribe: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Número de productor nacional  
(Agentes/corredores únicamente): \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar 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 de la Ley de Seguridad Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60, autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare como se especifica en el Sistema de Aviso de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (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.