Health Plan of San Joaquin | Mountain Valley Health Plan

Advantage D-SNP

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

OMB No. 0938-1378, Expires: 02/28/2029

¿Quiénes pueden utilizar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un plan Medicare Advantage o en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Para inscribirse en un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o encontrarse legalmente en el país.
- Vivir en el área de servicio del plan.

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

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

¿Cuándo 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 3 meses siguientes a la fecha en que empezó a recibir Medicare.
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan.

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué información necesita para llenar este formulario?

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

Nota: Debe llenar todos los campos de la sección 1. Los campos de la sección 2 son opcionales; no se le puede denegar la cobertura por no llenarlos.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario cumplimentado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que le deduzcan el pago de la prima de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Trabajadores Ferroviarios).

¿Cuál es el siguiente paso?

Envíe el formulario completado y firmado a:
Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan
Advantage D-SNP (HMO)
7751 South Manthey Road
French Camp, CA 95231

Una vez que tramiten su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al **1-888-361-7526**.
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.

Personas sin hogar

- Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un albergue o clínica, o la dirección donde recibe correspondencia (por ejemplo, los cheques del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona estará obligada a responder a una recopilación de información, a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo necesario para completar esta información es de aproximadamente 20 minutos en promedio por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de los tiempos estimados 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 elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, historiales médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Todo elemento que se reciba que no sea sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni reenviará al plan. Consulte la sección "¿Cuál es el siguiente paso?" en esta página para enviar su formulario completado al plan.

Sección 1. Todos los campos de esta página son obligatorios (salvo que estén marcados como opcionales)

Seleccione el plan al que desea inscribirse:

☐ Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP (HMO) - $0 por mes

NOMBRE:	APELLIDO:	[Opcional: Inicial del segundo nombre]:

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (/ /)	Sexo: ☐ Hombre	☐ Mujer	Número de teléfono:

Dirección de residencia permanente (no indique un apartado postal. Nota: En el caso de las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):

Ciudad:	[Optional: Condado]:	Estado:	Código postal:

Dirección postal, si es diferente de la dirección permanente (se permite apartado postal):

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Su información de Medicare:

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

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura: Número de miembro en esta cobertura:

Número de grupo de esta cobertura:

Los planes duales para necesidades especiales (HMO D-SNP) son para las personas que califican tanto para Medicare como para Medicaid. Al inscribirse en este plan, usted entiende que, para mantener la elegibilidad, debe conservar su inscripción en el programa estatal Medicaid.

1) ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado (Medi-Cal)? ☐ Sí ☐ No
2) Si responde "sí", escriba los nueve dígitos de su número de índice del cliente de Medicaid:
3) Identificación de miembro de Health Plan of San Joaquin/ Mountain Valley Health Plan (si corresponde):

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto la cobertura de hospital (Parte A) como la médica (Parte B) para permanecer en Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP compartirá mi información con Medicare, que podrá utilizarla para dar seguimiento a mi inscripción, para efectuar pagos y para otros fines permitidos por la legislación 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. No obstante, la falta de respuesta puede afectar su 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 (aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que, cuando comience mi cobertura de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP. Los beneficios y servicios proporcionados por Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP y

contenidos en mi documento "Evidencia de cobertura" de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.

- La información contenida en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si intencionadamente proporciono información falsa en este formulario, me darán 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 entiendo el contenido de esta. Si está firmada por un representante autorizado (según lo descrito anteriormente), esta firma certifica que:
  1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y
  2) La documentación de esta autorización está disponible a petición de Medicare.

Firma:	**Fecha de hoy:**
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y llene estos campos:	
Nombre:	Dirección:
Número de teléfono:	Parentesco con el afiliado:

Sección 2. Todos los campos de esta sección son opcionales.

Usted decide si desea responder estas preguntas. No se le puede denegar la cobertura por no responderlas.

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma distinto del inglés.

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Póngase en contacto con Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP en el 1-888-361-7526 si necesita información en un formato accesible distinto de los indicados anteriormente. Nuestro horario de oficina es lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja usted? ☐ Sí ☐ No	¿Trabaja su cónyuge? ☐ Sí ☐ No

Indique su médico de cabecera (PCP), clínica o centro de salud:

Consentimiento para contactos:

Yo, _____ (nombre de la persona que se inscribe), acepto que Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP (directamente o a través de terceros en su nombre) me contacte respecto de mi cuidado médico, seguro de salud, opciones de cuidado médico o servicios, otros beneficios, educación y temas relacionados. Entiendo que estos mensajes pueden ser enviados por varios métodos. Por ejemplo: correo electrónico, mensajes de texto, llamadas telefónicas a mi celular (incluye llamadas automatizadas o mensajes grabados). Entiendo que puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento llamando a Servicio al Cliente de Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP al 1-888-361-7526, de lunes a viernes, 8:00 a. m.-8:00 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o más.

☐ Evidencia de cobertura
☐ Resumen de Beneficios
☐ Directorio de proveedores y farmacias
☐ Lista de medicamentos cubiertos

Dirección de correo electrónico:

Dirección de correo electrónico:	
Solo para individuos que ayudan al afiliado a completar este formulario	
Complete esta sección si es un individuo (es decir, agentes, corredores, asesores de SHIP, familiares u otros terceros) que ayuda a un afiliado a completar este formulario.	
Nombre:	Relación con el afiliado:
Firma:	Número de Productor Nacional (solo agentes/corredores):

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP es un plan HMO que tiene contrato con Medicare y Medi-Cal. La inscripción en Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP depende de la renovación del contrato.

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 a la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Los artículos 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, revelar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare tal y como se especifica en la Notificación del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Número de Sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. No obstante, la falta de respuesta puede afectar su inscripción en el plan.