

Formulario de solicitud de inscripción individual para 2021



¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran unirse a un plan Medicare Advantage

Para unirse a un plan, usted debe:

- Ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en los Estados Unidos
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante. Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe tener:

- La Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- 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 tener cobertura a partir del 1 de enero)
- En un plazo de 3 meses desde que obtuvo Medicare
- En ciertas situaciones en las que se le permite unirse a otro plan o cambiar de planes

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

¿Qué necesito para completar este formulario?

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

Nota: Debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

Recordatorios:

- Si quiere unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que los pagos de la prima se deduzcan de su cuenta bancaria o su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios).

¿Qué ocurre después?

Envíe su formulario completado y firmado a: **VillageHealth**

Attention: Enrollment and Reconciliation
PO BOX 22616
LONG BEACH CA 90801

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

¿Cómo puedo recibir ayuda con este formulario?

Llame a VillageHealth al **1-800-399-7226**; los usuarios de TTY pueden llamar al (TTY: 711).

O bien, 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 VillageHealth al 1-800-399-7226 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.

Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que esta contenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-NEW. Se estima que el tiempo promedio requerido para completar esta información es 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 precisión de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Y0057_SCAN_12111_2020_M 08192020

R1564 08/20 21F-ENRFORMVHSP



1

Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Elija el plan al que quiere unirse:

- 001 **VillageHealth** (HMO-POS SNP) Condados de Riverside y San Bernardino \$31.50 por mes
- 002 **VillageHealth** (HMO-POS SNP) Condado de Los Angeles \$31.50 por mes

Apellido:

Nombre: **Inicial del 2.º nombre:**

Fecha de nacimiento: / / **Sexo:** Masculino Femenino
M M D D A A A A

Número de teléfono: () -

Dirección de su domicilio permanente (no incluya el apartado postal):

Ciudad: **Estado:** **Código postal:**

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

Dirección:

Ciudad: **Estado:** **Código postal:**

Información de Medicare:

Número de Medicare: -

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de VillageHealth? Sí No

Nombre de la otra cobertura: _____

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

¿Está inscrito en el programa Medi-Cal (Medicaid) de su estado? Sí No

Si responde "Sí", brinde su número de Medi-Cal (Medicaid): _____

¿Tiene una enfermedad renal en fase terminal (ESRD)? Sí No

¿Actualmente recibe diálisis? Sí No

Nombre del centro donde recibe diálisis: _____ Ciudad: _____

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún otro documento con su información personal (como reclamaciones, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Cualquier documento que recibamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (según se indica en OMB 0938-1378) será destruido. No se guardará, revisará ni enviará al plan. Consulte la sección "¿Qué ocurre después?" en esta página para enviar su formulario completado al plan.

N.º de OMB 0938-1378 Vencimiento: 7/31/2023



1 Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales) (continuación)

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo tener tanto el seguro hospitalario (Parte A) y como el seguro médico (Parte B) para permanecer en VillageHealth.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que VillageHealth compartirá mi información con Medicare, podrá utilizarla para dar seguimiento a mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan 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.
- A mi leal saber y entender, la información en esta solicitud de inscripción es correcta. Comprendo que, si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se dará de baja mi inscripción en el plan.
- Comprendo que las personas que tienen Medicare generalmente no tienen cobertura de Medicare cuando están fuera del país, excepto por la cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.
- Comprendo que cuando comience mi cobertura de VillageHealth, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de VillageHealth. Estarán cubiertos los beneficios y los servicios que presta VillageHealth y los incluidos en el documento "Evidencia de cobertura" de VillageHealth (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni VillageHealth pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente a actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo su contenido. Si lo firma un representante autorizado (tal como se describe anteriormente), esta firma certifica lo siguiente:
 - 1) Esta persona está autorizada por la legislación estatal para completar esta inscripción; y
 - 2) La documentación de esta autoridad está disponible a pedido 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 inscrita:

2 Todos los campos en esta página son opcionales

Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura por no completarlas.

Marque una casilla si quiere que le enviemos información en un idioma distinto al inglés. <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino	
Marque una casilla si quiere que le enviemos información en un formato accesible. <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Letra grande <input type="checkbox"/> CD de audio	
Comuníquese con VillageHealth al 1-800-399-7226 (TTY: 711) si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar a TTY 711.	
¿Trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su cónyuge trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Indique su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro médico:	Actualmente, ¿es paciente de este nefrólogo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quiero recibir el siguiente material por correo electrónico. <input type="checkbox"/> Marque aquí para obtener su Explicación de beneficios (EOB) de la Parte C y su Notificación anual de cambios (ANOC) en línea, en vez de hacerlo por el correo postal de EE. UU. Recibirá un correo electrónico cada vez que esté disponible uno de estos documentos. Puede regresar al correo postal de EE. UU. en cualquier momento.	
Dirección de correo electrónico: _____	



3

Cómo pagar la prima del plan

Puede pagar la prima mensual del plan, incluida cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o que pueda deber, por correo, con transferencia electrónica de fondos (EFT) o tarjeta de crédito todos los meses. **También puede optar por pagar su prima haciendo que se descuenta automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB) todos los meses.**

Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto adicional además de la prima del plan. Por lo general, el monto se descuenta de su beneficio del Seguro Social, o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO le pague a VillageHealth el IRMAA de la Parte D.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Elija una opción de pago de la prima:

Recibir una factura.

Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque NULO o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta:

Número de enrutamiento del banco:

Número de cuenta del banco:

Tipo de cuenta: Cheques De ahorros

Tarjeta de crédito/Tarjeta de débito. Brinde la siguiente información:

Tipo de tarjeta: VISA M/C AMEX Discover

Nombre del titular de la cuenta tal como aparece en la tarjeta:

Número de cuenta:

Fecha de vencimiento: / (MM/AAAA) Código de seguridad:

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

La deducción del Seguro Social/la RRB puede tardar hasta 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 para la deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas vencidas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud para la deducción automática, le enviaremos una factura impresa para que pague sus primas mensuales.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los centros para 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 Medicare Advantage (MA) o de medicamentos con receta (PDP), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del sistema de registros (SORN) "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)", N.º de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.



Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que le pueden permitir inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea cuidadosamente las siguientes oraciones y marque la casilla si se aplican a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted está certificando que, a su leal saber y entender, es elegible para un Período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, su inscripción puede ser cancelada.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quisiera cambiarme durante el Período abierto de inscripción de Medicare Advantage (MA OEP).
- Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o hace poco me mudé y este plan es una nueva opción para mí.
Me mudé el: / /
- Hace poco fui liberado de prisión. Fui liberado el: / /
- Hace poco volví a EE. UU. después de vivir de forma permanente fuera de EE. UU.
Volví a EE. UU. el: / /
- Hace poco obtuve un estado de presencia legal en EE. UU. Obtuve este estado el: / /
- Hace poco hubo un cambio en mi cobertura de Medicaid (obtuve Medicaid por primera vez, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de Medicaid) el: / /
- Hace poco hubo un cambio en la Ayuda adicional que recibo para pagar la cobertura de Medicare para medicamentos con receta (obtuve la Ayuda adicional por primera vez, hubo un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el: / /
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o tengo Ayuda adicional para pagar la cobertura de Medicare para medicamentos con receta, pero no hubo ningún cambio.
- Me estoy mudando a un centro de atención médica a largo plazo (por ejemplo, un asilo de ancianos o centro de atención médica a largo plazo), vivo en este centro o hace poco me fui de este centro. Me mudé/me mudaré/me fui del centro el: / /
- Hace poco abandoné un programa PACE. Fue el: / /
- Hace poco e involuntariamente, perdí mi cobertura acreditable para medicamentos con receta (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos el: / /
- Abandonaré mi cobertura del empleador o sindicato el: / /
- Soy parte de un programa de asistencia farmacológica brindado por mi estado.
- Mi plan finalizará su contrato con Medicare, o Medicare finalizará 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: / /
- Estuve inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP), pero perdí las calificaciones de necesidades especiales que se necesitan para ese plan. Mi inscripción en el SNP fue cancelada el: / /
- Resulté afectado por una emergencia climática o un gran desastre (según lo indicado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA]). Una de estas oraciones se aplicaba a mi caso, pero no me pude inscribir debido al desastre natural.

Si ninguna de estas opciones se aplica a su caso, o si no está seguro, comuníquese con VillageHealth al 1-800-399-7226 (TTY: 711).

INTERNAL OFFICE USE ONLY		
NAME OF STAFF MEMBER/AGENT/BROKER (if assisted in enrollment):		NATIONAL PRODUCER NUMBER (NPN):
EFFECTIVE DATE OF COVERAGE: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		REC'D DATE: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Enrollee's preferred spoken language (if other than English):		<input type="checkbox"/> EE DUP CONF#
Emergency Contact (optional):	Phone Number:	Relationship to you:

