

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

### ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare que quieren inscribirse en un plan Medicare Advantage.

**Para inscribirse en un plan, debe cumplir con los siguientes requisitos:**

- ser ciudadano de los Estados Unidos y encontrarse legalmente en el país;
- vivir en el área de servicio del plan.

**Importante:** Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, debe contar con ambas partes de las mencionadas a continuación:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario);
- Medicare Parte B (seguro médico).

### ¿Cuándo puedo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre cada año (para la cobertura que comienza el 1.º de enero);
- dentro de los 3 meses de inscribirse en Medicare por primera vez;
- en situaciones determinadas en las que tenga permitido inscribirse o cambiar de plan.

Visite [Medicare.gov](http://Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo inscribirse en un plan.

### ¿Qué necesito para completar este formulario?

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

**Nota:** Debe completar todos los puntos de la sección 1. Los puntos de la sección 2 son opcionales. No le pueden denegar la cobertura por no haberlos completado.

### Recuerde:

- Si quiere inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir el formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima. Puede optar por 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 Retiro Ferroviario).

### ¿Y luego?

Envíe por correo el formulario completado y firmado a la siguiente dirección:

Sharp Health Plan Medicare Dept.  
8520 Tech Way, Suite 201  
San Diego, CA 92123

Una vez que se procese su solicitud de inscripción, un representante del plan se comunicará con usted.

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

Llame al 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711).

Or, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

En español: Llame a Sharp Health Plan al 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711) o a Medicare, gratis, al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para recibir asistencia en español y un representante estará disponible para asistirlo.

**Sección 1: Todos los campos de esta página son obligatorios (salvo que estén indicados como opcionales)**

Seleccione el plan en el que desea inscribirse:

- Sharp Direct Advantage Gold Card (\$0 por mes; no incluye cobertura dental)
- Sharp Direct Advantage Gold Card (\$12 por mes; incluye el plan Dental Advantage de Delta Dental [HMO]\*)
- Sharp Direct Advantage Platinum Card (\$58 por mes; incluye el plan Dental Advantage de Delta Dental [HMO]\*)

La cobertura dental integral se proporciona a través de DeltaCare USA, un plan tipo HMO ofrecido por Delta Dental de California. Se le asignará automáticamente un dentista de la red en su área. Si quiere cambiar a otro proveedor de la red, póngase en contacto con Delta Dental.

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: MM/DD/AA  
/ /

Sexo:  
 Masculino  Femenino

Número de teléfono:  
( )

Dirección de residencia permanente (no ingresar apartados postales):

Ciudad:

Condado:

Estado:

Código postal:

Dirección postal, si es diferente de la dirección de residencia permanente (se permiten apartados postales):  
Calle:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

**Su información de Medicare:**

Número de Medicare: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Responda las siguientes preguntas importantes:**

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de Sharp Health Plan?  
 Sí  No

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

\* Delta Dental hace referencia a Delta Dental of California.

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

Debo conservar el seguro hospitalario (Parte A) y el seguro médico (Parte B) para permanecer en Sharp Health Plan.

- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que Sharp Health Plan compartirá mi información con Medicare, que podrá usarla para rastrear mi inscripción, realizar pagos y con otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la declaración sobre la ley de privacidad más adelante).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, puede que su inscripción en el plan se vea afectada.
- La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Comprendo que, si brindo información falsa intencionalmente en este formulario, se anulará mi inscripción al plan.
- Entiendo que, en general, Medicare no brinda cobertura a sus beneficiarios cuando están fuera del país, salvo determinada cobertura cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- Comprendo que, cuando comience la cobertura de Sharp Health Plan, deberé obtener todos los beneficios médicos y de medicamentos con receta de Sharp Health Plan. Se cubrirán los beneficios y servicios brindados por Sharp Health Plan y los incluidos en la Evidencia de cobertura de Sharp Health Plan (también conocida como “contrato del miembro” o “contrato del suscriptor”). Ni Medicare ni Sharp Health Plan pagarán los beneficios o servicios que no tengan cobertura.
- 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 firma un representante autorizado (como se describe arriba), la firma certifica lo siguiente:
  - 1) esta persona está autorizada según las leyes estatales a completar esta inscripción y
  - 2) se pondrá a disposición de Medicare la documentación que certifique esta autorización.

**Firma:**

x

**Fecha de hoy:**

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:(        )

Relación con la persona inscrita:

## Sección 2: Todos los campos de esta página son opcionales

Estos campos con preguntas son opcionales. No le pueden denegar la cobertura por no haberlos completado.

Seleccione una opción si quiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.  
 Español

Seleccione una opción si quiere que le enviemos información en un formato accesible.

Braille    Letra grande    CD de audio

Comuníquese con Sharp Health Plan al 1-855-562-8853 si necesita información en un formato accesible que no se haya mencionado arriba. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los fines de semana y feriados, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil. Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711.

¿Trabaja?    Sí    No

¿Su cónyuge trabaja?    Sí    No

Mencione a su médico de atención primaria, clínica o centro de salud:

### Cómo pagar las primas del plan

Puede pagar su prima mensual del plan (incluidas las multas por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda deber) por correo postal, EFT o tarjeta de crédito todos los meses. También puede elegir pagar su prima mediante una deducción mensual automática de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

**Si tiene que pagar el monto de ajuste mensual por ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D), pagará este monto extra además de la prima del plan. Este monto, por lo general, se extrae de su beneficio del Seguro Social, o bien puede obtener una factura de Medicare (o de la RRB). NO le pague a Sharp Health Plan el IRMAA de la Parte D.**

**Anexo 1a: Información para incluir durante la inscripción. Certificación de elegibilidad para un período de inscripción.**

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

Lea la siguiente información detenidamente y marque la casilla que corresponda 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.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente fui liberado de prisión. Me liberaron el (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente volví a los Estados Unidos después de vivir de manera permanente fuera de los EE. UU. Volví a los EE. UU. el (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente obtuve la condición de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve esta condición el (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente tuve un cambio en mi cobertura de Medicaid (soy nuevo beneficiario de Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de Medicaid), el (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente tuve un cambio en el programa Ayuda Adicional que me permite pagar la cobertura de medicamentos con receta (soy nuevo beneficiario de Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de beneficios de Ayuda Adicional, perdí los beneficios de Ayuda Adicional), el (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o soy beneficiario del programa Ayuda Adicional que me permite pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no tuve ningún cambio.
- Me estoy por mudar a un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un asilo de ancianos), o estoy viviendo en él, o acabo de abandonarlo. Me mudé/me mudaré/abandonaré el centro el (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente dejé de participar en un Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE), el (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente perdí mi cobertura acreditable de medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare) de manera involuntaria. Perdí mi cobertura de medicamentos el (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Dejaré de recibir la cobertura de mi empleador o sindicato el (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Participo en un programa de asistencia farmacéutica que ofrece mi estado.
- Mi plan finalizará su contrato con Medicare, o Medicare finalizará su contrato con mi plan.
- Estuve inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (indique la fecha) \_\_\_\_\_.

**Anexo 1a: Información para incluir durante la inscripción. Certificación de elegibilidad para un período de inscripción (continuación).**

- Estaba inscrito en un plan para necesidades especiales (SNP) pero ya no reúno los requisitos relativos a las necesidades especiales para permanecer en ese plan. Me dieron de baja del SNP el (indique la fecha) \_\_\_\_\_.
- Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o una catástrofe (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias). Una de las demás afirmaciones que se mencionan aquí se aplica a mi caso, pero no pude inscribirme con motivo del desastre natural.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o si tiene dudas al respecto, comuníquese con Sharp Health Plan al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para averiguar si es elegible para inscribirse. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los fines de semana y feriados, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil. Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711.

# Aviso sobre no discriminación

Sharp Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Tampoco excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Sharp Health Plan brinda lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como los siguientes:
  - Intérpretes del lenguaje de señas calificados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos).
- Servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente, al 1-855-562-8853.

Si cree que Sharp Health Plan no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede tramitar una reclamación con nuestro coordinador de derechos civiles por los siguientes medios:

- Dirección: Sharp Health Plan Appeal/Grievance Department, 8520 Tech Way, Suite 200, San Diego, CA 92123-1450
- Teléfono: 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711)
- Fax: 1-619-740-8572

Puede presentar un reclamo personalmente, por correo o por fax. También puede completar el formulario de reclamo o apelación en el sitio web del plan, en [sharphealthplan.com](http://sharphealthplan.com). Si necesita ayuda para tramitar una reclamación, comuníquese con nuestro equipo de Servicio al Cliente al 1-855-562-8853. También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica mediante el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf). También puede presentar la queja por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY/TDD).

Los formularios de queja están disponibles en [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

## Servicios de asistencia en otros idiomas

### Español:

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711).

### English (inglés)

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711).

### 繁體中文 (chino)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711)。

**Tiếng Việt (vietnamita)**

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711).

**Tagalog (tagalo, filipino):**

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711).

**한국어 (coreano):**

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**Հայերեն (armenio):**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՐԵ խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգախարեք 1-855-562-8853 (TTY/TDD (հեռատիպ)՝ 711).

**فارسی (farsi):**

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (TTY/TDD: 711) 1-855-562-8853 تماس بگیرید.

**Русский (ruso):**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-562-8853 (телетайп: 711).

**日本語 (japonés):**

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

**العربية (árabe):**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-562-8853 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

**ਪੰਜਾਬੀ (panyabí):**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**ខ្មែរ (mon-jemer, camboyano):**

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711)។

**Hmoob (hmong):**

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711).

**हिंदी (hindi):**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711) पर कॉल करें।

**ภาษาไทย (tailandés):**

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711).