



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

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, usted debe:

- Ser ciudadano de Estados Unidos o tener presencia legal en EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

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

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

¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura a partir del 1.º de enero)
- Dentro de los 3 meses después de obtener Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan

Visite **Medicare.gov** si desea más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar 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 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.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo a más tardar el 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que se deduzcan los pagos de la prima de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

¿Qué sucede a continuación?

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

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

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

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

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

Personas sin hogar

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

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, no se exige que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que se muestre 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 se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario con respecto a la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección postal: 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 documento con su información personal (como reclamaciones, pagos, historia clínica, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Cualquier documento que recibamos que no esté relacionado con cómo mejorar este formulario o la carga documental (descrita en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede a continuación?" en esta página para enviar al plan su formulario completado.

Información del agente - Solo para uso interno

Nombre del miembro del personal (si recibió ayuda durante la inscripción): _____

N.º de licencia de California: _____ N.º de identificación del plan: _____

Fecha de recepción: _____ ICEP/IEP: __ SEP (tipo): __ No elegible: __

N.º de PCP: _____ N.º de solicitud: _____ N.º de productor nacional: _____

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

Fecha de inicio de la cobertura solicitada: MM/DD/AAAA (/ /)

Seleccione el plan en el que desea inscribirse:

Sharp Direct Advantage VIP Plus
 (\$0 por mes, Delta Dental Medicare Advantage DHMO* incluido)
 \$55 por mes, Delta Dental Medicare Advantage PPO

Sharp Direct Advantage VIP
 \$0 por mes, Delta Dental Medicare Advantage DHMO* incluido
 \$55 por mes, Delta Dental Medicare Advantage PPO

Sharp Direct Advantage Gold
 \$0 por mes, Dental no incluido
 \$13 por mes, Delta Dental Medicare Advantage DHMO* incluido
 \$55 por mes, Delta Dental Medicare Advantage PPO

Sharp Direct Advantage Platinum
 \$62 por mes, Delta Dental Medicare Advantage DHMO* incluido
 \$117 por mes, Delta Dental Medicare Advantage PPO

* La cobertura dental integral se proporciona a través de DeltaCare USA, un plan tipo HMO ofrecido por Delta Dental of California. Los inscritos en Delta Dental DHMO deben seleccionar un dentista del directorio de proveedores participantes en la red de Medicare de EE. UU. de DeltaCare. Puede cambiar de dentista en cualquier momento iniciando sesión en su cuenta en línea o comunicándose con Delta Dental. El plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) de Delta Dental le ofrece la flexibilidad de consultar a cualquier proveedor participante. O, si quiere ahorrar algo de dinero, puede consultar a un dentista de la red de PPO de Delta Dental.

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____

| | | |
|--------------------------------------|---|----------------------------------|
| Fecha de nacimiento: MM/DD/AA / / | Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | Dirección de correo electrónico: |
|--------------------------------------|---|----------------------------------|

| | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| Número de teléfono celular: () | Número de teléfono particular: () | Otro número de teléfono: () |
|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|

Domicilio de residencia permanente (No ingrese un apartado postal. Nota: para las 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 un apartado postal):

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

Su información de Medicare:

Número de Medicare: ____ - ____ - ____

Responda las siguientes preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como Asuntos de Veteranos [Veterans Affairs, VA] o TRICARE) además de Sharp Health Plan? Sí No

Nombre de la otra cobertura: _____ Número de afiliado para esta cobertura: _____ Número de grupo para esta cobertura: _____

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el 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 hacer un seguimiento de mi inscripción y realizar pagos, pero también 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, no responder puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que puedo inscribirme en un solo plan Medicare Advantage (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 de PFFS de MA, MSA de MA).
- Comprendo que, cuando comience mi cobertura de Sharp Health Plan, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Sharp Health Plan. Los beneficios y servicios proporcionados por Sharp Health Plan y contenidos en mi documento de "Evidencia de cobertura" de Sharp Health Plan (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Sharp Health Plan pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Según mi leal saber y entender, la información que figura en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si proporciono intencionalmente información falsa 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 este documento significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si quien firma es un representante autorizado (como se describió más arriba), 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 cuando Medicare lo solicite.

| | |
|-------------|---------------|
| Firma: x | Fecha de hoy: |
|-------------|---------------|

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

| | |
|------------------------------|---------------------------|
| Nombre: | Dirección: |
| Número de teléfono: () | Relación con el afiliado: |

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.

Marque la casilla 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 CD de datos

Comuníquese con Sharp Health Plan llamando al 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711) si necesita información en un formato accesible que no sean los mencionados antes. Nuestro horario de atención es de 7 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, durante todo el año.

¿Trabaja? Sí No

¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Indique su grupo médico del plan y médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) de **Sharp HealthCare**:

¿Es usted un paciente actual? Sí No

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, transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, 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 Jubilación Ferroviaria (Railroad Retirement Board, RRB).

Si tiene que pagar el monto de ajuste mensual por ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) 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 deduce de su beneficio del Seguro Social, o bien, puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO le pague a Sharp Health Plan el IRMAA de la Parte D.

Solo para personas que ayudan al afiliado a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores del Programa de Asistencia de Seguro de Salud Estatal [State Health Insurance Assistance Program, 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): _____

Anexo 1a: información para incluir en el Mecanismo de inscripción o con este (Declaración de elegibilidad para un período de inscripción)

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

Lea atentamente las siguientes afirmaciones 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 posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Me estoy inscribiendo durante el período de inscripción anual (AEP), del 15 de octubre al 7 de diciembre de 2025.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el período de inscripción abierta (Open Enrollment Period, OEP) de Medicare Advantage (MA OEP), del 1.º de enero al 31 de marzo de 2026.
- Dejaré de recibir la cobertura de mi empleador o sindicato el (indique la fecha) _____.
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y tengo nuevas opciones a mi disposición. Me mudé el (indique la fecha) _____.
- Recientemente me liberaron 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) _____.
- Tuve un cambio reciente en mi cobertura de Medicaid (recientemente recibió Medicaid, tuvo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdió Medicaid) el (indique la fecha) _____.

**Anexo 1a: información para incluir en el Mecanismo de inscripción o con este
(Declaración de elegibilidad para un período de inscripción) (continuación)**

- Tuve un cambio reciente en mi Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recientemente recibió Ayuda adicional, tuvo un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdió la Ayuda adicional) el (indique la fecha) _____.
- Tengo Medicare y recibo los beneficios completos de Medicaid. Quiero inscribirme o cambiarme a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de atención administrada de Medicare y Medicaid (llamado Plan de Necesidades Especiales Doblemente Elegibles [D-SNP]).
- Me mudaré a un centro de atención a largo plazo, vivo allí o recientemente me mudé fuera de ese lugar (por ejemplo, un hogar de ancianos). Me mudé/me mudaré/abandonaré el centro el (indique la fecha) _____.
- Recientemente dejé de participar en un Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, 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) _____.
- Estoy en un programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o perderé la ayuda de un programa estatal de asistencia farmacéutica.
- 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 otro plan.
Mi inscripción en ese plan comenzó el (indique la fecha) _____.
- Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales exigida para estar en ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (indique la fecha) _____.
- Fui afectado por una emergencia o un desastre grave (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA] o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Una de las otras afirmaciones del presente documento describía mi caso, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción debido al desastre.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con Sharp Health Plan al 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711) para ver si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 7 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, durante todo el año.

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 Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. La sección 1851 de la Ley de Seguridad Social y las secciones 422.50 y 422.60 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.