



FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE EGWP SHARP HEALTHCARE PARA LA INSCRIPCIÓN 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 los Estados Unidos o tener presencia legal en los 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 se le puede negar la cobertura por el hecho de que usted no los complete.

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 a:

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?

Call 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 asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Para inscribirse en Sharp Direct Advantage, proporcione la siguiente información:			
Nombre del empleador o sindicato: Exempleados de Sharp HealthCare		Grupo N.º: 1002010	
<p>Seleccione el plan en el que desea inscribirse:</p> <p><input type="checkbox"/> Sharp Direct Advantage Basic (\$0 por mes, servicios dentales no incluidos)</p> <p><input type="checkbox"/> Sharp Direct Advantage Basic con servicios dentales (\$13 por mes, Dental Advantage a cargo de Delta Dental [HMO]* incluido)</p> <p><input type="checkbox"/> Sharp Direct Advantage Premium (\$62 por mes, servicios dentales no incluidos)</p> <p><input type="checkbox"/> Sharp Direct Advantage Premium con servicios dentales (\$75 por mes, Dental Advantage a cargo de Delta Dental [HMO]* incluido)</p> <p>La cobertura dental integral se proporciona a través de DeltaCare USA, un plan tipo HMO ofrecido por Delta Dental of California. Se le asignará automáticamente un dentista de la red en su área. Si desea cambiar a otro proveedor de la red, comuníquese con Delta Dental.</p>			
Nombre:	Apellido:	Inicial de su segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Sra.
Fecha de nacimiento: MM/DD/AAAA / /	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Dirección de correo electrónico:	
Número de teléfono particular: ()		Número de teléfono alternativo: ()	
Domicilio de residencia permanente (no ingrese un apartado postal):			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite un apartado postal): Dirección:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Número de Seguro Social:			
Proporcione la información de su seguro de Medicare			
<p>Tome su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.</p> <ul style="list-style-type: none"> Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare. - O - Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare, de su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria. 		<p>Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare): _____</p> <p>Número de Medicare: _____</p> <p>Tiene derecho a</p> <p>HOSPITALARIO (Parte A) _____</p> <p>MÉDICO (Parte B) _____</p> <p>Fecha de entrada en vigencia _____</p>	

* Delta Dental se refiere a Delta Dental of California.

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.
- 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.
- Comprendo que las personas con Medicare generalmente no tienen la cobertura de Medicare mientras están fuera del país, a excepción de la cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
- Comprendo que cuando comience mi cobertura de Sharp Health Plan debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados 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 afiliado o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Sharp Health Plan pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- 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 comprendo 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:

Lea y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Es usted ex empleado de Sharp HealthCare? Sí No

Si la respuesta es sí, fecha de finalización del empleo (MM/DD/AA): _____

Si la respuesta es no, nombre del jubilado: _____

2. Responda esta pregunta solo si usted es ex empleado. ¿Tiene usted cobertura para un cónyuge o dependiente(s) en virtud de este plan del empleador? Sí No

Si la respuesta es sí, nombre del cónyuge: _____

Nombre(s) del(de los) dependiente(s): _____

Nombre(s) del empleador del(de los) dependiente(s): _____

Nota: El cónyuge/dependiente del ex empleado deberá completar una solicitud por separado.

3. ¿Trabaja usted o su cónyuge? Sí No

4. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluidos otros seguros privados, compensación por accidentes de trabajo, beneficios de VA o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados, además de Sharp Health Plan? Sí No

Si la respuesta es "sí", indique su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación (ID) para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura: _____

N.º de identificación para la cobertura: _____

5. ¿Es usted residente de un centro de atención a largo plazo, como un hogar de ancianos? Sí No

Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle): _____

Elija un médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP):

Nombre del PCP: _____ Grupo médico del PCP: _____

¿Es usted un paciente actual? Sí No

Marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible:

Español

Formato accesible (como Braille, audio o letra grande): _____

Comuníquese con Sharp Health Plan llamando al 1-855-562-8853 si necesita información en un formato accesible que no sean los mencionados antes. Nuestro horario de atención desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los fines de semana y feriados, su llamada será atendida por nuestro sistema de mensaje de voz. Un representante de Atención al Cliente le devolverá su llamada telefónica el día hábil siguiente. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Normalmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de afiliación 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 la afirmación que sigue y marque la casilla si la afirmación describe su caso.

Al marcar la casilla que sigue, usted certifica que, según su leal saber y entender, usted es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

Soy expleado o cónyuge/pareja de hecho/dependiente de un expleado de Sharp HealthCare y no soy empleado activo de Sharp HealthCare.

Si esta afirmación no describe su caso o no está seguro, comuníquese con Sharp Health Plan llamando al 1-855-562-8853 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) para saber si es elegible para inscribirse. Horario de atención: lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico. (Puede llamarnos los siete días de la semana desde octubre hasta marzo)

Anexo 1a: Información para incluir en el Mecanismo de inscripción o con este: Declaración de elegibilidad para un Período de inscripción, continuación

- 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 (insertar fecha) _____.
- Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre grave (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA]). Una de las otras afirmaciones del presente documento describía mi caso, pero no pude realizar mi inscripción debido al desastre natural.

Si ninguna de estas afirmaciones describe su caso o no está seguro, comuníquese con Sharp Health Plan llamando al 1-855-562-8853, 711, para saber si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.; y los fines de semana y feriados, su llamada será atendida por nuestro sistema de mensaje de voz. Un representante de Atención al Cliente le devolverá su llamada telefónica el día hábil siguiente. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

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-NEW. 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 la o las estimaciones de tiempo 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.