

SHARP Health Plan

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 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?

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 y presione el 2 para recibir asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

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 ID del plan: _____		Fecha de recepción: _____	
N.º de PCP: _____		N.º de solicitud: _____	
ICEP/IEP: ____		SEP (tipo): ____	
No elegible: ____			

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 Plan (\$0 por mes, Dental Advantage a cargo de Delta Dental [HMO]* incluido)

Sharp Direct Advantage Gold Card (\$0 por mes, servicios dentales no incluidos)

Sharp Direct Advantage Gold Card (\$13 por mes, Dental Advantage a cargo de Delta Dental [HMO]* incluido)

Sharp Direct Advantage Platinum Card (\$58 por mes, Dental Advantage a cargo de Delta Dental [HMO]* incluido)

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.

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):

Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
---------	----------	---------	----------------

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

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

Su información de Medicare:

Número de Medicare: - -

* Delta Dental se refiere a Delta Dental of California.

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 afiliado 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.
- La persona abajo firmante acepta expresamente que Sharp Health Plan, sus socios comerciales y otros terceros, incluidos los recaudadores de deudas, le envíen comunicaciones electrónicas periódicas para cualquier fin legal, incluidos los fines comerciales o de marketing de rutina, a cualquier dirección de correo electrónico o número de teléfono que la persona proporcione. Los mensajes pueden enviarse por mensaje de texto (SMS), correo electrónico, sistemas de marcado telefónico automático (marcador automático), mensajes pregrabados o llamadas de operador en vivo. La frecuencia de los mensajes variará. Se aplican tarifas de mensajes y datos. La persona abajo firmante puede optar por no recibir más comunicaciones electrónicas automatizadas en cualquier momento. Para ello, debe enviar un mensaje de texto con la palabra STOP o llamar al 1-800-827-4277. El hecho de que la persona abajo firmante acepte recibir o no estos mensajes no afectará la atención ni la cobertura de ninguna manera. Visite www.sharphealthplan.com/terms para conocer todos los Términos de uso.

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.

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Sí, cubano |
| <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Opto por no responder. |

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Indígena asiático | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Otro asiático | <input type="checkbox"/> Opto por no responder. |

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 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

Mencione a su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP), 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, 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 extrae 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.

Declaración 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 de 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 los EE. UU. 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.

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 inscribirse.

- Soy nuevo en Medicare.
- 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.
- 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) _____.
- Tuve un cambio reciente en mi Medicaid (recientemente recibió Medicaid, tuvo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid, o perdió Medicaid) el (indique la fecha) _____.
- 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 Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo ayuda adicional que me permite pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no tuve ningún cambio.
- 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) _____.
- 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.
- 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) _____.

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 (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.