



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 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.

Información del agente - Solo para uso interno:	
Nombre del miembro del personal (si recibió ayuda durante la inscripción) _____	
N.º de licencia de CA: _____	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: _____

Para inscribirse en Sharp Direct Advantage, proporcione la siguiente información:

Nombre del empleador o sindicato: Exempleados de Sharp Healthcare	Grupo N.º: 1002010
Fecha de inicio de la cobertura solicitada: MM/DD/YYYY (/ 01 /)	

Seleccione el plan en el que desea inscribirse:

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

- Sharp Direct Advantage Premium**
- \$80 por mes, Dental no incluido
 - \$93 por mes, Delta Dental Medicare Advantage DHMO* incluido
 - \$135 por mes, Delta Dental Medicare Advantage PPO** incluido

*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 el dentista seleccionado en cualquier momento al iniciar 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 acudir 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:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Fecha de nacimiento: MM/DD/YYYY / /	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:	
Número de Seguro Social:			

Proporcione la información de su seguro de Medicare:

Tome su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

• 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.

Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare):

Número de Medicare:

Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigor:

SEGURO HOSPITALARIO
(Parte A)

SEGURO MÉDICO
(Parte B)

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 ex empleado de Sharp Healthcare: _____

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

Si la respuesta es "Sí", nombre del cónyuge: _____

Nombres de los dependientes: _____

Nombres del empleador de los dependientes: _____

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 con receta además de Sharp Health Plan? Sí No

Si la respuesta es "Sí", indique su otra cobertura y sus números de identificación (ID) para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura:

N.º de identificación de esta cobertura:

5. ¿Es residente de un centro de atención a largo plazo, como un asilo 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) de **Sharp HealthCare**:

Nombre del PCP: _____ Grupo médico del PCP: _____

¿Es usted un paciente actual? Sí No

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.
- 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 lícito, incluidos los fines comerciales o de marketing de rutina, a la dirección de correo electrónico o al número de teléfono que la persona proporcione. Las comunicaciones 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 esto, debe enviar un mensaje de texto con la palabra STOP (detener) 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:

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 (p. ej., braille, letra más grande, CD de audio o 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.

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción:

Normalmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual (Annual Enrollment Period, AEP) que abarca 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 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 ex empleado o cónyuge/pareja de hecho/dependiente de un ex empleado de Sharp HealthCare y no soy empleado activo de Sharp HealthCare.

Si estas declaraciones no se aplican 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.

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 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.