OMB N.° 0938-1378
Vence: 28 de febrero de 2029

Prueba documental 1: MODELO DE FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

¿Quién puede utilizar este formulario?

Las personas con Medicare que desean inscribirse en un plan Medicare Advantage o en un plan de medicamentos recetados de Medicare

Para inscribirse en un plan, es necesario:

- Ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos.
- Residir en el área de servicio del plan.

Importante: Para afiliarse a un plan Medicare Advantage, también debe tener ambos:

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

¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de enero)
- En los tres meses siguientes a la inscripción inicial en Medicare
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para llenar 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 datos de la Sección 1. Los datos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado a más tardar el 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para 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 Jubilación para Ferroviarios).

¿Qué ocurre después?

Para clientes que no trabajan con un corredor/agente enviar su formulario lleno y firmado a:
UCLA Health Medicare Advantage Plan (HMO)
Attn: Medicare Advantage Enrollment & Billing Dept
P O Box 211622
Eagan, MN 55121-3622
Fax para incripciones: (424) 320-8515
Correo electrónico para inscripciones: HPEnrollment@uhmap.com

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se pondrán en contacto con usted.

Si está utilizando los servicios de un corredor/agente, póngase en contacto con ellos para obtener ayuda y enviar este formulario. Nota para corredores/agentes: Este formulario debe entregarse en forma electrónica, a menos que se completó una solicitud impresa, en cuyo caso, debe enviarse por fax.

¿Cómo puedo obtener ayuda para llenar este formulario?

Llame al UCLA Health Medicare Advantage Plan al (833) 627-8252. Los usuarios de TTY pueden llamar al (800) 735-2929, Voz (800) 735-2922.

O, llamar 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 UCLA Health Medicare Advantage Plan al (833) 627-8252, TTY 711: número gratuito 800-735-2929; número de voz 800-735-2922; o a Medicare, sin costo al 800-633-4227, oprima el 8 para obtener asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Individuos que experimentan el sinhogarismo

- Si desea inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, se puede considerar como su dirección de residencia permanente un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe su correo (por ejemplo, los cheques del seguro social).

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de recolección de información a menos que esta muestre un número de control válido de OMB. El número de control válido de OMB para esta recolección de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es de aproximadamente 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de la(s) estimación(es) de tiempo o alguna sugerencia para mejorar este formulario, sírvase escribir a: 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 que contenga su información personal (como reclamaciones, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Cualquier documento que recibamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación de datos (según lo descrito en la autorización OMB 0938-1378) será destruido. No se guardará, revisará ni reenviará al plan. Consulte "¿Qué ocurre después?" en esta página para enviar su formulario lleno al plan.

Sección 1 – Todos los campos en esta página son obligatorios (a menos que se indique que son opcionales)

Seleccione el plan en el que desea inscribirse:

☐ H4647-001 UCLA Health MA Principal Plan $0.00 al mes

☐ H4647-002 UCLA Health MA Prestige Plan $45.00 al mes

NOMBRE:	APELLIDO:	Segundo nombre:
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (/ /)	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.	Teléfono particular: ( ) Móvil: ( )

Dirección postal de residencia permanente (No use un apartado postal. Nota: para las personas que experimentan el sinhogarismo, un apartado postal puede considerarse su domicilio permanente):

Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal

Dirección postal, si es diferente de su domicilio permanente (se permite usar un apartado postal):
Dirección postal: Ciudad: Estado: Código postal

Su información de Medicare:

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

Conteste estas preguntas importantes:

¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además del UCLA Health Medicare Advantage Plan? Sí ☐ No ☐

Nombre de la otra cobertura: Número de miembro para esta cobertura: Número de grupo para esta cobertura:

_____ _____ _____

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto el seguro de Hospitalización (Parte A) como el de Asistencia Médica (Parte B) para permanecer en el UCLA Health Medicare Advantage Plan.
- Al afiliarme a este plan Medicare Advantage, reconozco que el UCLA Health Medicare Advantage Plan compartirá mi información con Medicare, que podrá utilizarla para realizar un seguimiento de mi afiliación, efectuar pagos y para otros fines permitidos por la legislación federal que autoriza la recopilación de esta información (véase la Declaración de la Ley de Privacidad más abajo). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez, y que la inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Entiendo que, cuando comience la cobertura del UCLA Health Medicare Advantage Plan, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados a través del UCLA Health Medicare Advantage Plan. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por el UCLA Health Medicare Advantage Plan que figuran en mi documento de "Evidencia de cobertura" del UCLA Health Medicare Advantage Plan (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni el UCLA Health Medicare Advantage Plan pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Al proporcionar mi número de teléfono y cualquier número de teléfono futuro, doy mi consentimiento para recibir llamadas automáticas y mensajes de texto del UCLA Health Medicare Advantage Plan o en su nombre, incluida cualquier información sobre los beneficios de mi plan, tratamientos, elegibilidad, renovaciones y productos o servicios que puedan ser de mi interés. Reconozco que los mensajes de texto no están cifrados y pueden ser leídos por personas no autorizadas. La frecuencia de los mensajes varía. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos. Puedo optar por no participar en cualquier momento llamando al 1-833-627-8252.
- La información que figura en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionadamente información falsa en este formulario, el plan me dará de baja.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta. Si la firma es de un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
  1) Esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal para completar esta inscripción, y

2) La documentación que respalda esta autorización está disponible a solicitud de Medicare.

Firma:	**Fecha de hoy:**
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:	
Nombre:	Dirección:
Teléfono:	Relación con el solicitante:

Sección 2 – Todos los campos de esta sección son opcionales.

Contestar estas preguntas es su decisión. No se le puede negar la cobertura por no contestarlas.

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma distinto al inglés.

☐ Español

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

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ Audio CD ☐ Data CD

Si necesita información en un formato accesible distinto a los indicados anteriormente, póngase en contacto con el UCLA Health Medicare Advantage Plan llamando al (833) 627-8252. El horario de atención en nuestras oficinas es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. PT, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, excepto los días feriados federales. El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., horario del Pacífico, los 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad. Los usuarios de TTY pueden llamar al (800) 735-2929, Voz (800) 735-2922.

¿Trabaja usted? ☐ Sí ☐ No ¿Trabaja su cónyuge? ☐ Sí ☐ No

Indique el nombre de su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Al proporcionar mi dirección de correo electrónico, acepto recibir mensajes de marketing y comunicaciones acerca de mi plan.

☐ Correo electrónico:

☐ Al marcar esta casilla, acepto recibir llamadas telefónicas y mensajes de texto automatizados de marketing de parte de UCLA en el número de teléfono que proporcioné. Entiendo que mi aceptación no es una condición de cualquier compra o servicio. La frecuencia de los mensajes varía. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos. Conteste con HELP para pedir ayuda o con STOP para cancelar. Usted reconoce que los mensajes de texto no están cifrados y pueden ser leídos por personas no autorizadas.

Pago de las primas de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que pueda adeudar) por correo, "transferencia electrónica de fondos (EFT)", "tarjeta de crédito" o "tarjeta de débito" cada mes. Puede establecer pagos mensuales, incluyendo deducciones automáticas a través de EFT, tarjeta de crédito y débito en el portal para miembros MyChart del UCLA Health Medicare Advantage Plan.

También puede optar por pagar su prima mediante un cargo automático mensual a su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB).

Si tiene que pagar una cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA), deberá pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. NO pague la Parte D-IRMAA al UCLA Health Medicare Advantage Plan (HMO).

Seleccione una opción de pago de la prima:

☐ Facturación directa. Recibirá una factura mensual

☐ Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social (SSA).

☐ Deducción automática de su cheque mensual de beneficios de la Junta de Jubilación de Ferroviarios (RRB).

(La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar dos o más meses en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa con sus primas mensuales).

Esta sección es solo para personas que ayudan a los solicitantes a completar este formulario

Complete esta sección si usted es una persona física (es decir, agente, corredor, asesor del SHIP, familiar u otro tercero) que ayuda a un solicitante a llenar este formulario.

Nombre: _____ Relación con el solicitante: _____

Firma: _____ Número nacional de agente (solo para agentes/corredores): _____

Representantes autorizados/PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Nombre del agente/corredor/representante con licencia: _____

Fecha de recepción de la inscripción del agente/corredor: _____ Número de teléfono del agente/corredor: _____

Fecha de entrada en vigor de la cobertura de la inscripción propuesta:_____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (Tipo): _____

Fecha de recepción de la solicitud de inscripción. Esta fecha se utilizará para determinar el período de elección en el que se realizó la solicitud, lo que a su vez determinará la fecha de entrada en vigor de la cobertura.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (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 pagar los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y el título 42 CFR §§ 422.50 y
422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare tal y como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "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.