CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN

OMB No. 0938-1378
Expires: 6/30/2026

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

Quién puede utilizar este formulario?
Personas con Medicare que quieran unirse a un plan de Medicare Advantage

Para unirse a un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

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

- Medicare Parte A (Seguro de Hospital).
- Medicare Parte B (Seguro Médico).

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En determinadas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de plan

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

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección y número de teléfono permanentes

Nota: Debe completar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura porque no los completa solicitud de inscripción.

Recordatorios:

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

¿Qué pasa después?

Envíe su formulario completo y firmado a:
Central Health Medicare Plan
PO Box 22800
Long Beach, CA 90801
Atención: Departamento de Inscripción

Una vez que procesen su solicitud para unirse, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Central Health Medicare Plan al 1-866-314-2427. Los usuarios de TTY pueden llamar 711.
O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar 1-877-486-2048.

Personas sin hogar

- Si quieres unirte a un plan pero no tienes residencia permanente, un apartado de correos, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección en la que recibe el correo (por ejemplo, los cheques de la seguridad social) puede considerarse su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. el valido El número de control de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluida la 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 acerca de la precisión de la(s) estimación(es) 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.

IMPORTANTE
No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Cualquier artículo que obtengamos que no tratan sobre cómo mejorar este formulario o su carga de cobro (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se guardará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN

Aplicación de Inscripción

PO Box 22800
Long Beach, CA 90801

Sección 1-todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Seleccione el plan al que desea unirse:

MAPD

☐ **Central Health Classic Care Plan I (HMO) 027** (LA/OC/RS/SB/SD) $0 por mes
☐ **Central Health Classic Care Plan II (HMO) 028** (AL/CC/FR/IM/KE/KI/MA/PL/SA/SF/SJ/SM/SC/SO/ST/TU/YO) $0 por mes
☐ **Central Health Jade Plan (HMO) 022** (LA) $0 por mes
☐ **Central Health Medicare Plan (HMO) 001** (LA/OC/RS/SB) $0 por mes
☐ **Central Health Premier Plan I (HMO) 023** (AL/CC/FR/SF/SJ/SC/SO) $0 por mes
☐ **Central Health San Mateo Medicare Plan (HMO) 018** (SM) $0 por mes
☐ **Central Health Ventura Medicare Plan (HMO) 008** (VC) $0 por mes

MA

☐ **Central Health Valor Care Plan (HMO) 030** (FR/IM/KE/KI/LA/MA/OC/RS/SA/SB/SD/SF/SJ/SM/SC/TU) $0 por mes

Part B Savings

☐ **Central Health Part B Savings Plan (HMO) 029** (LA/OC/RS/SB/SD) $0 por mes
☐ **Central Health Savings Plan (HMO) 019** (LA/OC/RS/SB) $0 por mes

C-SNP

☐ **Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-1** (LA/OC/RS/SB/SD) $0 por mes
☐ **Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-2** (AL/CC/FR/IM/KE/KI/MA/PL/SA/SF/SJ/SM/SC/SO/ST/TU/YO) $0 por mes
☐ **Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 026-1** (LA/OC/RS/SB/SD) $13.40 por mes
☐ **Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 026-2** (AL/CC/FR/IM/KE/KI/MA/PL/SA/SF/SJ/SM/SC/SO/ST/TU/YO) $13.40 por mes
☐ **Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) 006** (AL/CC/FR/LA/OC/SB/SJ/SC) $0 por mes

D-SNP

☐ **Central Health Medi-Medi Plan I (HMO D-SNP) 002** (LA/RS/SA/SB/SD) $13.60 por mes

Apellido:	Nombre:	Inicial:

Fecha de Nacimiento: (MM/DD/AAAA) __ __ /__ __ /__ __ __ __	El sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer	Número de Teléfono de su Hogar: (__ __ __) __ __ __ - __ __ __	Número de teléfono celular: (__ __ __) __ __ __ - __ __ __

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal):

Ciudad:	Condado (optional):	Estado:	Código Postal:

Dirección postal, si es diferente a su dirección permanente (se permite caja postal):

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Su información de Medicare:

Número de Medicare: __ __ __ __ - __ __ __ - __ __ __ __

Applicant Name: _____

Sección 1-todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Responde estas preguntas importantes

¿Va usted a tener otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Central Health Medicare Plan? ☐ Yes ☐ No

Nombre de la otra cobertura: _____ # de ID de la cobertura: _____ # de grupo de la cobertura: _____

¿Está usted inscrito en el programa Medicaid de su estado (Medi-Cal)?

☐ Si ☐ No

Número de Medicaid (Medi-Cal): _____

Medicaid (Medi-Cal) Fecha de nacimiento: _____

Para calificar para Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-1, Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-2, Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 026-1, Central Health Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 026-2, Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) 006 condiciones.

¿Le han diagnosticado alguno de los siguientes trastornos? Marque todas las opciones que correspondan.
☐ Diabetes ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva ☐ Desordenes cardiovasculares
Complete también la herramienta de evaluación de calificación previa a la inscripción (PQAT) incluida en este formulario antes de enviar su solicitud. La PQAT debe enviarse junto con su formulario de inscripción.

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto el Hospital (Parte A) como el Médico (Parte B) para permanecer en Central Health Medicare Plan.
- Al unirme a este Medicare Advantage Plan, reconozco que Central Health Medicare Plan compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para realizar pagos y 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, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan. (se aplican excepciones a los planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Central Health Medicare Plan, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Central Health Medicare Plan. Los beneficios y servicios proporcionados por Central Health Medicare Plan y contenidos en el documento de "Evidencia de Cobertura" de mi Central Health Medicare Plan (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Central Health Medicare Plan pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa intencionalmente 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 esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si la firma un representante autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica que: 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y 2) La documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Medicare.

Firma:	**Fecha:**

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

Nombre:	Domicilio:
Numero de Teléfono:	Relación con la persona inscrita:

Applicant Name: _____

Sección 2 - Todos los campos son opcionales

Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no los completa.

¿Es usted hispano, latino o de origen español? Seleccione todo lo que corresponda.

- ☐ No, no es de origen hispano, latino o español
- ☐ Sí, puertorriqueño
- ☐ Sí, otro origen hispano, latino o español
- ☐ Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano/a
- ☐ Sí, cubano
- ☐ **Decido no contestar.**

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

- ☐ American Indian or Alaska Native

Asiático:

- ☐ Indio asiático
- ☐ Chino
- ☐ Filipino
- ☐ Japonés
- ☐ Coreano
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otro asiático

- ☐ Negro o afroamericano

Nativo de Hawái y de las islas del Pacífico:

- ☐ Guameño o chamorro
- ☐ Nativo de Hawai
- ☐ Samoano
- ☐ Otros isleños del Pacífico

- ☐ Blanco
- ☐ **Decido no contestar.**

¿Cuál es tu género? Selecciona una opción.

- ☐ Mujer
- ☐ Hombre
- ☐ No binario
- ☐ Utilizo un término diferente: _____
- ☐ **Elijo no responder**

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo piensas de ti mismo? Selecciona una.

- ☐ Lesbiana o gay
- ☐ Heterosexual, es decir, no gay ni lesbiana
- ☐ Bisexual
- ☐ Uso un término diferente: _____
- ☐ No sé
- ☐ **Elijo no responder**

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

- ☐ Árabe
- ☐ Armenio
- ☐ Camboyano
- ☐ Chino mandarín ☐ Chino cantonés
- ☐ Farsi
- ☐ Hmong
- ☐ Coreano
- ☐ Punjabi
- ☐ Ruso
- ☐ Español
- ☐ Tagalo
- ☐ Vietnamita

Sección 2 - Todos los campos son opcionales

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

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Comuníquese con Central Health Medicare Plan al 1-866-314-2427 (TTY: 711) si necesita información en un formato accesible que no sea el que se detalla anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).

¿Usted trabaja? ☐ Sí ☐ No	¿Trabaja su esposo/a? ☐ Sí ☐ No

Enumere su médico de atención primaria (PCP, Nombre del grupo, ID), clínica o centro de salud:

Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o más.
☐ Comunicación/Documentos para miembros
Dirección de correo electrónico: _____

Pagando su Prima del Plan

Puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que deba) por correo todos los meses. **También puede optar por pagar su prima al retirarla automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de su Pensión de Retiro Ferocarril (RRB) cada mes.**

Si tiene que pagar una Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. NO le pague a Central Health Medicare Plan la Parte D-IRMAA.

Por favor seleccione una opción de pago premium

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

Seleccione una opción de pago de la prima:

☐ Obtener una factura
☐ Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social
☐ Deducción automática de la Junta de Jubilació erroviaria (RRB)
☐ Pagar con ACH

Nombre del titular de la cuenta:_____ Tipo de cuenta: ☐ Cuenta de chequ es ☐ Cuenta de ahorro

número de cuenta bancaria:_____ número de ruta bancaria: _____

Solo para personas que ayudan al inscripto a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores de 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): _____
Los agentes pueden enviar por fax los formularios de inscripción completos y los documentos asociados al **1-844-541-6848**
La fecha de recepción de la inscripción se utilizará para determinar el período de elección en el que se realizó la solicitud, lo que a su vez determinará la fecha de vigencia 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 para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) “Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)”, número de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.