

## ¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un plan Medicare Advantage.

### Para inscribirse en un plan, debe:

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

**Importante:** Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener lo siguiente:

- Parte A de Medicare (seguro de hospital)
- Parte B de Medicare (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 recibir cobertura a partir del 1.º de enero).
- Dentro de los 3 meses de haber recibido Medicare por primera vez.
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan.

Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para conocer más sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

## ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que figura en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).
- Su dirección permanente y número de teléfono.

**Nota:** Debe completar todos los artículos de la Sección 1. Los artículos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura porque no los complete.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, a ninguna persona se le exige que responda a una solicitud de información a menos que se exhiba el número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). Se calcula que el tiempo necesario para completar esta información es de 20 minutos por respuesta, en promedio, lo cual incluye el tiempo para leer las instrucciones, buscar en fuentes de información existentes, reunir los datos necesarios, completar la recopilación de información y revisarla. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, para: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

### IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún artículo con su información personal (como reclamaciones, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA (PRA Reports Clearance Office). Todo lo que recibamos que no esté relacionado con formas de mejorar este formulario o su carga de recopilación (según se describe en 0938-1378 de la OMB) será destruido. No lo conservaremos, revisaremos ni enviaremos al plan. Consulte la sección "¿Qué sucede después?" de esta página para enviar su formulario completo al plan.

## Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan deberá recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Tiene la opción de inscribirse para pagar sus primas mediante deducción de su cuenta bancaria o su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

## ¿Qué sucede luego?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Health Advantage  
P.O. Box 3648  
Little Rock, AR 72203

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

## ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Health Advantage al 1-877-349-9335.

Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O bien, 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 Health Advantage al 1-877-349-9335/TTY 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.

# Formulario de inscripción para Medicare Advantage 2023



**Health Advantage**

An Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

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

**Seleccione el plan en el que desea inscribirse:**

## Health Advantage Blue Classic (HMO) H9699-004

001	Benton, Carroll, Crawford, Franklin, Johnson, Logan, Madison, Scott, Sebastian, Washington	\$0
002	Cleburne, Jefferson, Lonoke, Pulaski, Saline, White	\$0
003	Faulkner, Perry, Pope, Yell	\$0

## Health Advantage Blue Premier (HMO) H9699-006

000	Cleburne, Conway, Faulkner, Grant, Lonoke, Perry, Pope, Pulaski, Saline, Van Buren, White, Yell	\$0
-----	---	-----

PRIMER nombre		APELLIDO		Inicial del segundo nombre		
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ( / / )		Sexo M F		Número de teléfono ( ) -		
Dirección de residencia permanente. (No ingrese un apartado postal).		Ciudad		Condado	Estado	Código postal
Dirección postal, si es diferente de la dirección de residencia permanente (se permiten apartados postales): Dirección:		Ciudad		Estado	Código postal	

## Su información de Medicare:

**Número de Medicare:**

- -

**Fecha de entrada en vigencia para la Parte A de Medicare (MM/DD/AAAA):**

**Fecha de entrada en vigencia para la Parte B de Medicare (MM/DD/AAAA):**

## Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Health Advantage?

Sí No

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

**Generalmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage o en un plan de medicamentos recetados de Medicare solamente durante un Período anual de inscripción del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.** Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea cuidadosamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las casillas que aparecen a continuación, está certificando que, según su leal saber, usted es elegible para un Período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que su inscripción se cancele.

Tengo Medicare por primera vez.

Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).

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

Recientemente salí de prisión. Salí el

Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de este país. Regresé a los Estados Unidos el

Recientemente se legalizó mi presencia en los Estados Unidos. Obtuve esta condición el

Recientemente realicé un cambio en mi plan Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, realicé un cambio de nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el

Recientemente realicé un cambio en la Ayuda Adicional para el pago de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente obtuve Ayuda Adicional, realicé un cambio de nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el

Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.

Vivo en un centro de atención a largo plazo o recientemente dejé de vivir en uno (p. ej.: un centro de enfermería especializada o centro de cuidados a largo plazo). Me mudé/mudaré al/del centro el

Recientemente abandoné un Programa de atención integral para personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) el

Recientemente perdí, de manera involuntaria, mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el

Abandonaré la cobertura del empleador o sindicato el

Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.

Mi plan finaliza su contrato con Medicare o Medicare finaliza su contrato con mi plan.

Estaba inscrito en un plan de Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el

---

Lea cuidadosamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las casillas que aparecen a continuación, está certificando que, según su leal saber, usted es elegible para un Período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que su inscripción se cancele.

---

Me afectó 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 declaraciones aquí expresadas se aplicaba a mí, pero no pude realizar mi inscripción debido al desastre.

---

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso o si no está seguro, comuníquese con Health Advantage al 877-349-9335 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) con el fin de ver si es elegible para la inscripción. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los siete días de la semana, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, cinco días a la semana.

### **IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:**

- Debo mantener los beneficios hospitalarios (Parte A) y médicos (Parte B) para permanecer en Health Advantage.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que Health Advantage compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, efectuar pagos y con otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la recopilación de esta información (vea 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.
- Según mi leal saber y entender, la información proporcionada en este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que, si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Health Advantage, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Health Advantage. Estarán cubiertos los beneficios y servicios que son proporcionados por Health Advantage y que están incluidos en mi documento de "Evidencia de Cobertura" de Health Advantage (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del miembro). Ni Medicare ni Health Advantage pagarán 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 esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si lo firma un representante autorizado (como se menciona arriba), esta firma certifica lo siguiente:
  1. Esta persona está autorizada en virtud de leyes estatales para completar esta inscripción.

2. La documentación de esta autoridad está disponible a petición de Medicare.

Firma:	Fecha de hoy:
--------	---------------

**Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete los siguientes campos:**

Nombre	Dirección
Número de teléfono	Parentesco con el miembro

**Uso administrativo solamente**

**Health Advantage/Agente autorizado  
(representante/agente de ventas individual que completó la solicitud)**

Tipo de agente (seleccione uno)

Agente autorizado    Empleado de HA

Nombre del rep./agente de ventas	N.º de NPN del rep./ agente de ventas	N.º de ID del agente de ventas
----------------------------------	--	-----------------------------------

**Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales.**

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

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

- No, no soy de origen hispano, latino ni español
- Sí, soy puertorriqueño
- Sí, soy de otro origen hispano, latino o español
- Sí, soy mexicano, mexicano estadounidense, chicano
- Sí, soy cubano
- Elijo no responder.**

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

- |   |                        |   |
|---|------------------------|---|
| Indígena estadounidense o<br>nativo de Alaska | Guameño o<br>chamorro  | De otra región de las<br>islas del Pacífico |
| Indígena asiático                             | Japonés                | Samoano                                     |
| Negro o afroestadounidense                    | Coreano                | Vietnamita                                  |
| Chino   | Hawaiano nativo        | Blanco                                      |
| Filipino                                      | De otra región de Asia | <b>Elijo no responder.</b>                  |

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.  
Español

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.  
Braille    Letra de imprenta grande    CD de audio

Comuníquese con Health Advantage al 877-349-9335 si necesita información en un formato accesible diferente a lo que se indica anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, cinco días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al (711).

---

¿Trabaja?

Sí      No

---

¿Su cónyuge trabaja?

Sí      No

---





Indique su médico de atención primaria, clínica o centro de salud:



Dirección de correo electrónico:

## Cómo pagar las primas de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda adeudar) por correo o transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) cada mes. **También puede optar por pagar la prima a través de deducciones automáticas del beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes.**

Si tiene que pagar el monto de ajuste mensual acorde a sus ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan. El monto generalmente se deduce de su beneficio del Seguro Social, o es posible que reciba una factura de Medicare (o la RRB). **NO** pague la IRMAA de la Parte D a Health Advantage.

### Seleccione una opción de pago de la prima

Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria cada mes.

Adjunte un cheque NULO o proporcione la siguiente información:

Número de ruta de la cuenta bancaria	Número de cuenta bancaria	Tipo de cuenta	
		De cheques	De ahorros

J.L. Webb  
123 Main Street  
Anytown, USA 12345

Date \_\_\_\_\_ 1175

PAY TO THE ORDER OF \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DOLLARS

MEMO \_\_\_\_\_ SIGNATURE \_\_\_\_\_

|: 0123456789 | : 0001234567890 | 1175

Bank Routing Number      Bank Account Number      Check Number

Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

### Recibo beneficios mensuales de:

Seguro Social      RRB

Recibir una factura mensual

### **DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA) o de medicamentos recetados (Prescription Drug Plans, PDP), 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 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, 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) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)"; Sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.