

Advantage Dual SNP (HMO SNP)

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN ADVANTAGE DUAL SNP DE MEDICARE

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran inscribirse en un plan de Medicare Advantage.

Para unirse a un plan, usted debe cumplir con lo siguiente:

- Ser un ciudadano estadounidense o tener presencia legal en EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: para inscribirse en un plan de Medicare Advantage, también debe tener ambas partes:

- La Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- La 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 tener cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse en un plan o cambiarlo. Visite [Medicare.gov](https://www.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 de 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 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 completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir que los pagos de la prima se descuenten de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completado y firmado a la siguiente dirección:

FirstCare Health Plans
Attention: Enrollment Department
12940 N. Hwy 183
Austin, TX 78750

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

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a FirstCare Health Plans al 1-866-229-4969. 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 FirstCare Health Plans al 1-866-229-4969/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.

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

Elija el plan al que quiere unirse:

FirstCare Advantage Dual SNP Premier **\$0-22.50**

FirstCare Advantage Dual SNP Select **\$0-22.50**

PRIMER nombre:

APELLIDO:

Opcional: inicial del 2.º nombre:

Fecha de nacimiento: (M M / D D / A A A A)
(/ /)

Sexo:

Masculino Femenino

Número de teléfono:
()

Dirección de domicilio permanente (no escriba un apartado postal):

Ciudad:

Opcional: Condado:

Estado:

Código postal:

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se acepta apartado postal).

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Información de Medicare:

Número de Medicare: — —

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de FirstCare HealthPlans Advantage DSNP? Sí No

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

¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su estado? Sí No

Si la respuesta es "sí", proporcione su número de Medicaid: _____

Para calificar para FirstCare Advantage Dual SNP, usted debe tener tanto Medicare como Medicaid o el Programa de Ahorros de Medicare.

Se nos requiere confirmar su elegibilidad de Medicare Advantage y elegibilidad de Medicaid antes de que podamos procesar su inscripción en nuestro plan D-SNP. Solo las personas que se beneficien tanto de Medicare (título XVIII) como de la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (título XIX) pueden inscribirse en un plan D-SNP. La prueba aceptable de elegibilidad para Medicaid puede ser una tarjeta de Medicaid actual, una carta de la agencia estatal que confirma el derecho a la Asistencia Médica o la verificación a través de una consulta al sistema de datos de elegibilidad del estado.

Nombre: _____

Fecha: _____

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación

- Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la médica (Parte B) para permanecer en FirstCare Advantage Dual SNP.
- Al inscribirme en este plan de Medicare Advantage, reconozco que FirstCare Advantage Dual SNP compartirá mi información con Medicare, quien podrá utilizarla para dar seguimiento a 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.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si intencionalmente doy información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas que tienen Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare cuando se encuentran fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.
- Entiendo que, cuando comience mi cobertura de FirstCare Advantage Dual SNP, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de FirstCare Advantage Dual SNP. Estarán cubiertos los beneficios y servicios que presta FirstCare Advantage Dual SNP y los incluidos en la "Evidencia de cobertura" de FirstCare Advantage Dual SNP (también conocida como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni FirstCare Advantage Dual SNP pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente a actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta. Si firma un representante autorizado (como se explica arriba), esta firma certifica lo siguiente:
 - 1) Dicha persona está autorizada conforme a las leyes del estado para completar esta inscripción.
 - 2) Toda documentación de esta autorización está disponible a solicitud por parte de Medicare.

Firma:	Fecha de hoy:
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:	
Nombre:	Dirección:
Número de teléfono:	Relación con el inscrito:

Nombre: _____

Fecha: _____

Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales

Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede denegar la cobertura por no haberlas completado.

Marque un casillero si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

Español

Marque un casillero si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Letra grande

Comuníquese con FirstCare Health Plans al 1-866-229-4969 si necesita información en un formato accesible que no se mencionó arriba. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Usted trabaja? Sí No

¿Su cónyuge trabaja? Sí No

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

Cómo pagar las primas de su plan (si corresponde)

Puede pagar la prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda deber)

Por correo; recibe una factura mensual.

Por transferencia electrónica de fondos (TEF) desde su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta: _____

Número de ruta del banco: _____ Número de cuenta bancaria: _____

Tipo de cuenta: De cheques De ahorro

También puede elegir pagar su prima haciendo que se deduzca automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) todos los meses.

Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual acorde con su ingreso de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan. Por lo general, la cantidad se descuenta de su beneficio del Seguro Social, o usted podría recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO le pague a FirstCare Health Plans el IRMAA de la Parte D.

Office Use Only:

Agent Name: _____ NPN: _____

Agent Signature: _____ Date: _____

Enrollment Period: IEP AEP SEP (type): _____ Not Eligible

Effective Date of Coverage: _____

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para el seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA), para la mejora de la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50 y 422.60 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripciones de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage con medicamentos con receta (MARx)", N.º de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Nombre: _____

Fecha: _____

Normalmente, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que le pueden permitir inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Lea cuidadosamente los siguientes enunciados y marque el casillero si se aplica a usted. Al marcar cualquiera de los siguientes casilleros, usted está certificando que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, su inscripción puede ser cancelada.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero realizar un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Recientemente me he mudado fuera del área de servicio de mi plan actual, o recientemente me he mudado, y este plan es una nueva opción para mí. Me he mudado el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente salí de prisión. Fui liberado el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente he regresado a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente obtuve un estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente hubo un cambio en mi cobertura de Medicaid (adquirí Medicaid recientemente, hubo un cambio en el nivel de la asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente hubo un cambio en la situación de mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (adquirí recientemente Ayuda Adicional, hubo un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (escriba la fecha) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no hubo ningún cambio.
- Me voy a mudar a un centro de atención a largo plazo, vivo en uno de estos centros o recientemente me mudé de uno (por ejemplo, un centro de enfermería o un centro de atención a largo plazo). Me mudé o me mudaré al/del centro el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente he abandonado un programa PACE el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente y de forma involuntaria he perdido mi cobertura acreditable para medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). He perdido mi cobertura para medicamentos el (escriba la fecha) _____.
- Abandonaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (escriba la fecha) _____.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacológica brindado por mi estado.
- Mi plan finaliza su contrato con Medicare, o Medicare finaliza su contrato con mi plan.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo elegir uno diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (escriba la fecha) _____.
- Estuve inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP), pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para dicho plan. Mi inscripción en el SNP fue cancelada el (escriba la fecha) _____.
- Me afectó una emergencia relacionada con el clima o un desastre importante (tal como lo declaró la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA]). Uno de los demás enunciados que figuran aquí se aplicaba a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguno de estos enunciados se aplica a usted, o si no está seguro, póngase en contacto con FirstCare Health Plans al 1-866-229-4969 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para verificar si es elegible para inscribirse. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.