

Formulario de solicitud de inscripción individual para CareOregon Advantage HMO-POS D-SNP, un plan Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D

¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que quieran inscribirse en un plan Medicare Advantage o Medicare plan de Medicamentos Recetados.

Para unirse a un plan, debe:

- Ser ciudadano estadounidense o estar presente legalmente 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 Hospitalario)
- Medicare Parte B (Seguro Médico)

¿Cuándo debo utilizar 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).
- En los 3 meses siguientes a la fecha en que empezó a recibir Medicare.
- 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 que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debe completar toda la información de las páginas 2 y 6. La información de las páginas 3, 4 y 5 son opcionales — no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

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.

¿Qué pasa después?

Una vez que haya completado todas las páginas requeridas de este formulario, fírmelo y envíelo a:

CareOregon Advantage
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204

Una vez procesemos su solicitud para unirse, nos comunicaremos con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a CareOregon Advantage al 888-712-3258. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O llame a Medicare al 800-MEDICARE (800-633-4227). los usuarios TTY pueden llamar al 877-486-2048.

En español: Llame a CareOregon Advantage al 888-712-3258 (TTY: 711) o a Medicare gratis al 800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas que se encuentran sin hogar

- Si desea inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

Para inscribirse en CareOregon Advantage Plus HMO-POS D-SNP, proporcione la siguiente información

(todas las casillas de esta página son obligatorias, a menos que estén marcadas con un “*”)

Apellido:		Primer nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento: (mes/día/año) / /		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Número de teléfono: ()	
*Número de teléfono alternativo: ()					
Dirección de residencia permanente:					
Ciudad:		*Condado:		Estado:	
Código postal:					
Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite apartado postal):					

Su información de Medicare:

Número de Medicare:	*Fecha de vigencia:	*Fecha de Vigencia:
_____	Parte A _____	Parte B _____

Responda estas preguntas importantes:

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

Si No Si respondió si, nombre de la otra cobertura: _____

Número de miembro para esta cobertura: _____ Número de grupo para esta cobertura: _____

¿Está inscrito en su programa estatal Medicaid (Plan de salud de Oregón)?

Si No Si respondió si, proporcione su número de Medicaid (Plan de salud de Oregón): _____

Toda la información de esta sección es opcional.

Cuéntenos un poco más sobre usted. Responder a estas preguntas es su decisión. No se le puede negar la cobertura por no llenar esta información. Cualquier información que comparta solo se utilizará para ayudarnos a comprender quién se une a los planes con el fin de reducir las desigualdades en ciertos grupos.

¡IMPORTANTE! Elija el nombre de su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Nombre y apellido de su PCP: _____

Ubicación de la clínica de su PCP: _____

Nombre de la clínica: _____

Paciente establecido: Sí No

¿Es usted de origen Hispano, Latino o Español? Seleccione todas las que correspondan.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen Hispano, Latino o Español | <input type="checkbox"/> Sí, Puertorriqueño/a |
| <input type="checkbox"/> Sí, Mexicano, Mexicanoamericano, Chicano/a | <input type="checkbox"/> Sí, Cubano/a |
| <input type="checkbox"/> Sí, otro origen Hispano, Latino o Español | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

Nombre preferido: _____

Apellido preferido: _____

¿Cuáles son sus pronombres preferidos?

- Él Ella Ellos
 Otros pronombres Pronombres desconocidos

¿Cuál es su identidad de género?

- Mujer transgénero Hombre transgénero No-binario
 Masculino Femenino Otro Prefiero no contestar

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

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Japones |
| <input type="checkbox"/> Otro Asiático | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Indio Asiático |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano | <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii | <input type="checkbox"/> Samoano | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

Marque una de las casillas a continuación si prefiere la comunicación escrita en un idioma que no sea inglés:

- Ruso Chino Simplificado Chino Tradicional Español
 Vietnamita Otro idioma: _____

¿Cuál es su preferencia de idioma para la comunicación verbal?

Por favor especifique si prefiere la comunicación verbal en un idioma distinto al inglés: _____

¿Quiere recibir información nuestra en un formato accesible?

- Letra grande Braille CD de audio

Llame a CareOregon Advantage al 503-416-4279 o al número gratuito 888-712-3258, TTY 711, si necesita información en un formato accesible. Nuestro horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. a diario; y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

¿Trabaja? Si No ¿Su cónyuge trabaja? Si No

Consentimiento para comunicación electrónica

Quiero que CareOregon Advantage y otros que trabajan en su nombre me envíen información electrónicamente. Doy permiso a CareOregon Advantage para enviarme información y/o datos que incluyen, entre otros, alertas, materiales requeridos e información sobre beneficios relacionados con la salud. CareOregon Advantage puede comunicarse conmigo por correo electrónico, mensaje de texto automatizado y/o llamada telefónica. Entiendo que se aplican tarifas de mensajes y datos. Reconozco que tengo la opción de optar por no recibir comunicaciones electrónicas en cualquier momento comunicándome con CareOregon Advantage al número que figura arriba.

Mi dirección de correo electrónico: _____

Mi número de celular: _____

Atestación de elegibilidad para un Período de Inscripción

Normalmente, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el período de inscripción anual entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración aplica para usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, según su conocimiento, es elegible para un Período de Inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se le cancele su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé (insertar fecha) _____.
- Hace poco salí de la cárcel. Fui liberado el (insertar fecha) _____.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (insertar fecha) _____.
- Recientemente obtuve estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (insertar fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid recientemente, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (insertar fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recibí Ayuda Adicional recientemente, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (insertar fecha) _____.
- Tengo Medicare y recibo todos los beneficios de Medicaid. Quiero afiliarme o cambiarme a un plan que coordine la cobertura entre mi Medicare y los planes de cuidado administrados de Medicaid (un plan integrado llamado Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP, Plan de Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad).

Atestación de elegibilidad para un Período de Inscripción — continuación

- Me estoy mudando, vivo o me mudé recientemente de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un asilo de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré dentro/fuera de las instalaciones el (insertar fecha) _____.
- Recientemente dejé un programa PACE el (insertar fecha) _____.
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (insertar fecha) _____.
- Estoy dejando la cobertura de un empleador o sindicato el (insertar fecha) _____.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Me inscribí en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha) _____.
- Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Me cancelaron mi inscripción en el SNP el (insertar fecha) _____.
- Me vi afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA). Una de las otras declaraciones aquí aplica para mí, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones aplica para usted, o no está seguro, comuníquese con CareOregon Advantage al 503-416-4279 o al número gratuito 888-712-3258, TTY 711, para ver si es elegible para inscribirse. Nuestro horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. a diario; y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para rastrear la inscripción de los beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o Planes de Medicamentos Recetados (PDP), mejorar la atención y pagar los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de Social Security Act y 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.

Uso exclusivo del plan CareOregon Advantage

Agent/Broker Name (if assisted with Enrollment): _____

Writing #: _____ Agent Received Date: _____ Effective Date of Coverage: _____

ICEP/IEP AEP MAOEP SEP (type): _____

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar tanto la Parte A como la Parte B para permanecer en CareOregon Advantage.
- **Divulgación de información:** Al unirme a este Plan Medicare Advantage, reconozco que el plan divulgará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. También reconozco que CareOregon Advantage divulgará mi información, incluidos los datos de mis medicamentos recetados, a Medicare, quien puede divulgar esta información para investigaciones y otros fines que cumplan con todos los estatutos y regulaciones federales aplicables. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo inscribirme en un plan MA o Parte D a la vez y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA o Parte D (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- La información en este formulario de inscripción es correcta según mi conocimiento. Entiendo que, si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, mi inscripción será cancelada.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras se encuentran fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de CareOregon Advantage, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de CareOregon Advantage. Se cubrirán los beneficios y servicios autorizados por CareOregon Advantage y contenidos en mi documento de "Evidencia de cobertura" de CareOregon Advantage (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor). **Sin autorización, ni Medicare ni CareOregon Advantage pagarán los beneficios o servicios.**
- 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 solicitud. Si la firma es de un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada según la ley estatal para completar esta inscripción, y
 - 2) La documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Medicare.

Firma: _____ Fecha de hoy: _____

Si es el representante autorizado, firme arriba y complete esta información:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Relación con el afiliado: _____