CareOregon Advantage

Individual enrollment request form (Formulario de solicitud de inscripción individual)

para CareOregon Advantage HMO D-SNP,
un plan Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D

¿Quién puede utilizar este formulario?

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

Para unirse a un plan, debe:

- Ser ciudadano estadounidense o tener permiso legal para estar en los EE. UU.
- Residir 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 mes (para tener cobertura desde el 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 es opcional — no se le puede negar la cobertura en caso de no completarlas.

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 sucede a continuación?

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

CareOregon Advantage
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204

Una vez que hayamos procesado su solicitud de inscripción, nos comunicaremos con usted.

¿Cómo obtengo ayuda para completar el 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 de 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 en situación de calle

- Si desea unirse a un plan, pero no cuenta con 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.

Enrollment Form H5859_SP2026_C 8/11/25

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

(todas las casillas en esta página son obligatorias, a menos que estén marcadas con un "*")

Apellido:	Primer nombre:	*Inicial del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Número de teléfono:	*Número de teléfono alternativo:
Dirección de residencia permanente (se permite apartado postal para personas en situación de calle):			
Ciudad:	*País:	Estado:	Código postal:
Correo postal, si es diferente a su dirección permanente (se permite apartado postal):			

Su información de Medicare:

Número de Medicare: _____

*Fecha de vigencia: Parte A _____

*Fecha de vigencia: Parte B _____

Responda estas preguntas importantes:

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

☐ Sí ☐ No Si marcó "Sí", indique el nombre de la otra cobertura: _____

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

¿Está inscrito en el programa estatal Medicaid (Oregon Health Plan)?

☐ Sí ☐ No Si marcó "Sí", indique su número de Medicaid (Oregon Health Plan): _____

Toda la información de esta sección es opcional

Cuéntenos un poco más sobre usted. Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura por no completar esta información. Toda la información que comparta se utilizará solamente para ayudarnos a comprender quién se une a los planes con el fin de reducir desigualdades.

IMPORTANTE: Escriba el nombre de su médico de cabecera (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

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

☐ Ruso ☐ Chino simplificado ☐ Chino tradicional ☐ Español ☐ Vietnamita

¿Qué idioma prefiere para la comunicación verbal?

Especifique si prefiere la comunicación verbal en un idioma que no sea inglés:

_____

¿Desea recibir información nuestra en un formato accesible?

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

Llame a CareOregon Advantage al 503-416-4279 o al número gratuito 888-712-3258, TTY 711, si necesita información en un formato accesible. Nuestros horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m. todos los días (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).

¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

Consentimiento para comunicación electrónica

Deseo que CareOregon Advantage y otros que trabajan en su nombre me envíen información electrónicamente. Le 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, mensajes de texto automáticos 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 en el número que figura arriba.

Mi dirección de correo electrónico: _____

Mi número de celular: _____

Atestación de elegibilidad para un Período de Inscripción

En general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el período de inscripción anual que se extiende del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Se aplican ciertas excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, reúne los requisitos para un Período de Inscripción. Si más adelante determinamos que la información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar 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 acabo de mudarme y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (indique la fecha) _____.
- ☐ Acaban de liberarme de prisión. Me liberaron el (indique la fecha) _____.
- ☐ Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país. Regresé a los EE. UU. el (indique la fecha) _____.
- ☐ Recientemente obtuve estado de permanencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (indique la 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 (indique la fecha) _____.
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Extra Help (Ayuda Adicional) para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recibí Extra Help recientemente, tuve un cambio en el nivel de Extra Help o perdí Extra Help) el (indique la fecha) _____.
- ☐ Tengo Medicare y recibo los beneficios completos de Medicaid. Quiero unirme o cambiar a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de atención médica de Medicare y Medicaid (llamado Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP).
- ☐ Estaba inscrito en un Special Needs Plan (SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales requerida para estar en el plan. Me cancelaron la inscripción en el SNP el (indique la fecha) _____
- ☐ Me mudaré, vivo o me mudé recientemente de a un centro de atención a largo plazo (p. ej., un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré al centro, o me mudé/me mudaré del centro, el (indique la fecha) _____.
- ☐ Recientemente dejé un Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE, Programa de Atención Integral para Personas Mayores) el (indique la fecha) _____.
- ☐ Recientemente perdí de manera involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (indique la fecha) _____.
- ☐ Dejaré la cobertura de un empleador o sindicato el (indique la fecha) _____.
- ☐ Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por el estado.
- ☐ Mi plan terminará su contrato con Medicare, o Medicare terminará 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 (indique la fecha) _____.

☐ Me vi afectado por una emergencia climática o un desastre mayor (según lo declarado por la Federal Emergency Management Agency [FEMA, Agencia Federal para el Manejo de Emergencias]). Una de las otras afirmaciones aquí aplica para mí, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o tiene dudas al respecto, comuníquese con el plan CareOregon Advantage al 503-416-4279 o al número gratuito 888-712-3258, TTY 711, para comprobar si es elegible para inscribirse. Nuestros horarios de atención son de 8 a. m. a 8 p. m. todos los días (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD *Los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) recopilan información de los planes de Medicare para rastrear la inscripción de los beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o Prescription Drug Plans (PDP), mejorar la atención y cobertura de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de Social Security Act (Ley de Seguridad Social) y el Code of Federal Regulations (CFR, Código de Regulaciones Federales) 42 §§ 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 los beneficiarios de Medicare como se especifica en el System of Records Notice (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx, Medicamentos Recetados de Medicare Advantage)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.*

CareOregon Advantage Plan Use Only

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

National Producer: _____ Agent Received Date: _____

Effective Date of Coverage: _____

☐ ICEP/IEP ☐ AEP ☐ MAOEP ☐ SEP (type): _____

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar la cobertura de Medicare tanto Hospitalaria (Parte A) como Médica (Parte B) y la elegibilidad para Medicaid (QMB+ o SLMB+) para permanecer en CareOregon Advantage Plus
- **Divulgación de información:** Al unirme a este Plan Medicare Advantage, reconozco que CareOregon Advantage Plus divulgará mi información a Medicare, quien puede utilizarla para hacer un seguimiento de mis pagos y para otros fines permitidos por ley federal que autoriza la recopilación de dicha información (consulte la Declaración de la Privacy Act [Ley de Privacidad] que figura arriba). 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 cuando comience mi cobertura de CareOregon Advantage Plus, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de CareOregon Advantage Plus. Se cubrirán los beneficios y servicios autorizados por CareOregon Advantage Plus y contenidos en mi documento de "Evidence of Coverage (Evidencia de cobertura)" de CareOregon Advantage (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor). **Ni Medicare ni CareOregon Advantage Plus pagarán los 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 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 completa esta información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Relación con el afiliado: _____

Solo para personas que ayudan a los afiliados a completar este formulario.
Complete esta sección si usted es una persona (es decir, agente, corredor, asesor de State Health Insurance Assistance Program [SHIP, Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos], familiar u otro tercero) que ayuda a un afiliado a completar este formulario

Nombre: _____

Relación con el afiliado: _____

Firma: _____