

Siga estos sencillos pasos para convertirse en un afiliado del plan Medicare Advantage de CarePlus.



Tenga lista su tarjeta de Medicare

Por favor escriba claramente con letra de molde este formulario y complételo en su totalidad. Escriba la información exactamente como aparece en su tarjeta de Medicare. **Cada persona que envíe una solicitud debe completar un formulario separado.**

Tenga en cuenta: Todos los campos que tienen un asterisco* y están subrayados son obligatorios y deben completarse. Los campos que no son obligatorios son opcionales. No se le puede denegar la cobertura si no los completa.



Firme y feche la Solicitud de Afiliación

Este formulario no estará completo hasta que usted lo firme.

Si usted no completa y devuelve este formulario a tiempo, es posible que tengamos que denegarle la afiliación. Si alguien está autorizado a completar este formulario por usted, esta persona debe firmarlo. Esta persona debe presentar la prueba legal de su autorización si se le solicita.



Por favor no envíe múltiples formularios de afiliación para el mismo plan y la misma fecha de entrada en vigencia.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.



Lea esta información importante

Antes de firmar, lea la solicitud de afiliación en su totalidad para asegurarse de que entiende la información proporcionada.



Opciones de afiliación electrónica

¿Ha considerado la posibilidad de afiliarse en CarePlusHealthPlans.com?

Es una forma rápida, segura y fácil de afiliarse.



Puede **enviar** esta Solicitud de Afiliación por correo a: **CarePlus Enrollment Forms
PO Box 14733
Lexington, KY 40512-4642**



O enviar **por fax** esta Solicitud de Afiliación al: **1-855-819-8679**

Nota: Por favor utilice la portada de fax que se encuentra al reverso de esta página.



Portada de Fax

Fecha: _____

Para: **Departamento de Afiliación de CarePlus**

Número de Fax: **1-855-819-8679**

Cantidad de Páginas (Incluida la portada del Fax): _____

De (Nombre y apellido): _____

ID. del Agente (SAN) – si lo completó un agente: _____

Número de Teléfono: _____

Número de Fax: _____

Antes de enviar por fax este formulario de afiliación, por favor asegúrese de que todos los campos que tienen un *asterisco y están subrayados estén completos de forma clara y legible.

Mensaje:

Este facsímil contiene información privilegiada y confidencial prevista para el uso exclusivo de los destinatarios que se mencionan arriba. Si usted no es el destinatario previsto de este facsímil ni el empleado o el agente responsable de entregarlo al destinatario previsto, queda informado de que divulgar o hacer copias del presente facsímil esta estrictamente prohibido. Si recibió este facsímil por error, comuníquese con nosotros para hacérselo saber y devuelva el facsímil por correo a la siguiente dirección.

PO Box 14733 Lexington, KY 40512-4642

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

Aviso de no discriminación

CarePlus Health Plans, Inc. cumple con todas las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discrimina ni excluye a las personas por su raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. CarePlus Health Plans Inc.:

- Proporciona a las personas con discapacidades adaptaciones razonables y servicios y ayudas auxiliares gratuitas y adecuadas para comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
 - Intérpretes acreditados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos de acceso electrónico o de otro tipo)
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no es el inglés, los cuales pueden incluir:
 - Intérpretes acreditados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita adaptaciones razonables, ayudas auxiliares adecuadas o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. Si usted cree que CarePlus Health Plans, Inc. no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado por motivos de raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja en persona o por correo postal o electrónico a la atención del Coordinador de no discriminación de CarePlus Health Plans, Inc. en P.O. Box 277810, Miramar, FL 33027, **1-800-794-5907 (TTY: 711)**, o **Accessibility1@CarePlus-HP.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de no discriminación de CarePlus Health Plans, Inc. puede ayudarle.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o por teléfono a:

- U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.



Este aviso está disponible en **[es-www.careplushealthplans.com/legal/multi-language-interpreter-services](https://www.careplushealthplans.com/legal/multi-language-interpreter-services)**.

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-794-5907 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-794-5907 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-800-794-5907 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 1-800-794-5907 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-794-5907 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-794-5907 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-794-5907 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelpflichtplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-794-5907 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.

통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-794-5907 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-794-5907 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري, ليس عليك سوى الاتصال بنا على (برقياً: 711) 1-800-794-5907. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه هي خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-794-5907 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिंदी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-794-5907 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-794-5907

(TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-794-5907 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-794-5907 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-794-5907 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Por favor lea esta información importante



Si actualmente tiene cobertura de salud a través de un empleador o de un sindicato, el afiliarse a CarePlus, podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o del sindicato. Usted podría perder su cobertura de salud del empleador o del sindicato si se afilia a CarePlus.

Al llenar este formulario de afiliación, manifiesto mi conformidad con lo siguiente:

- Debo mantener tanto la Parte A (Hospitalaria de Medicare) como la Parte B (Médica) para permanecer en CarePlus.
- Entiendo que me puedo afiliar a un solo plan de Medicare Advantage (MA) o de la Parte D a la vez, y que la afiliación a este plan finalizará automáticamente mi afiliación a otro plan de MA o de la Parte D (las excepciones aplican a los planes MA PFFS y MA MSA).
- Una vez que me afilie, solo podré retirarme de este plan o hacer modificaciones en ciertos momentos del año cuando esté disponible un período de afiliación (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o si se presentan ciertas circunstancias especiales.
- Este plan de CarePlus opera en un área de servicio específica. Si me mudo del área en la que opera este plan de CarePlus tendré que notificar a CarePlus para poder cancelar mi afiliación y encontrar un plan nuevo.
- Entiendo que debo ser ciudadano de los Estados Unidos o que debo encontrarme legalmente en este país.
- Si desea inscribirse en un **Plan de necesidades especiales para afecciones crónicas (C-SNP, por sus siglas en inglés)**, se aplica el siguiente enunciado: Entiendo que este plan es un plan de necesidades especiales para afecciones crónicas. Mi capacidad de afiliarme se basa en la verificación del médico que indique que tengo una afección que califica.
- Comprendo que cuando comience mi cobertura de CarePlus, debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de CarePlus. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por CarePlus e incluidos en el documento “Evidencia de Cobertura” de CarePlus (también conocido como contrato del afiliado o acuerdo de afiliación). Ni Medicare ni CarePlus pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos. Acataré las reglas de mi “Evidencia de Cobertura”. Una vez que esté afiliado a CarePlus, tendré el derecho de apelar las decisiones del plan relacionadas con pagos o servicios en caso de no estar de acuerdo con ellas.
- La información contenida en esta solicitud de afiliación es correcta hasta donde tengo conocimiento. Entiendo que si intencionalmente proporciono información falsa en esta solicitud, seré desafiliado del plan.

Divulgación de información: Al afiliarme a este plan Medicare Advantage, reconozco que CarePlus compartirá mi información con Medicare, quien la puede utilizar para supervisar la afiliación, 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).

Declaración de la Ley de Privacidad: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recopilan información de los planes Medicare para supervisar la afiliación del beneficiario en los planes Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés), mejorar la atención médica y pagar los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de dicha información. Es posible que CMS revele e intercambie datos de la afiliación de los beneficiarios de Medicare conforme a lo descrito en los Avisos del Sistema de Registros (SORN, por sus siglas en inglés) “Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)”, Sistema nro. 09-70-0588. **Su respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la afiliación al plan.**

Personas que no tienen una vivienda: Si usted quiere unirse a un plan pero no tiene una residencia permanente, un apartado de correos, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde usted recibe correos (por ejemplo, cheques del seguro social) se puede usar para completar el campo de dirección de residencia permanente.

Todos los campos con **asterisco* y subrayados** son obligatorios

***Fecha propuesta de entrada en vigencia** / 01 / 2025
(coloque el mes):

Por favor comuníquese con CarePlus si necesita información en otro idioma o formato.

Selección del plan (tenga en cuenta que no todos los planes están disponibles en todos los mercados).

***Elija una sola opción:**

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> CareAccess (HMO) | <input type="checkbox"/> CareNeeds Platinum (HMO D-SNP) ² | <input type="checkbox"/> CareSalute (HMO) |
| <input type="checkbox"/> CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) ¹ | <input type="checkbox"/> CareNeeds Plus (HMO D-SNP) ² | <input type="checkbox"/> CareSalute (HMO-POS) |
| <input type="checkbox"/> CareComplete (HMO C-SNP) ¹ | <input type="checkbox"/> CareOne Plus (HMO) | |
| <input type="checkbox"/> CareComplete Platinum (HMO C-SNP) ¹ | <input type="checkbox"/> CareOne Plus (HMO-POS) | |
| <input type="checkbox"/> CareFree Giveback (HMO) | | |
| <input type="checkbox"/> CareFree Platinum Giveback (HMO) | | |
| <input type="checkbox"/> CareFree Platinum Giveback (HMO-POS) | | |

¹Se requiere padecer de enfermedad(es) crónica(s) que califique(n)

²Se requiere la elegibilidad aplicable para Medicaid

Por favor, proporcione la información de su seguro de Medicare:

Tenga a la mano su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para llenar esta sección:

Por favor llene esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.

-O-

Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare, o una copia de su carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Nombre del Agente (letra de molde):

Número del Agente (SAN):

ID. del afiliado (para afiliados de CarePlus actuales o anteriores): _____

***Apellido:** _____ ***Nombre:** _____ **Inicial 2do Nombre:** _____

***Fecha de Nacimiento:** ____/____/____ (MM/DD/AAAA) ***Sexo:** _____

Es importante que podamos comunicarnos con usted para proporcionarle lo necesario para estar informado y cuidar de su salud. Por favor escriba su dirección de correo electrónico y número de teléfono.

Dirección de Correo Electrónico: _____

Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted autoriza a CarePlus a enviarle información sobre su salud a tal dirección.

Número de Teléfono: _____ Casa Celular Trabajo Otro

Número de Teléfono Alterno: _____ Casa Celular Trabajo Otro

Puede haber veces en que CarePlus usará un sistema automatizado para llamarle o enviarle mensajes de texto. Cuando eso ocurra, nos aseguraremos de usar el número de teléfono que nos proporcionó.

Residencia Permanente (SOLO se permite el apartado de correos si la persona no tiene una vivienda)

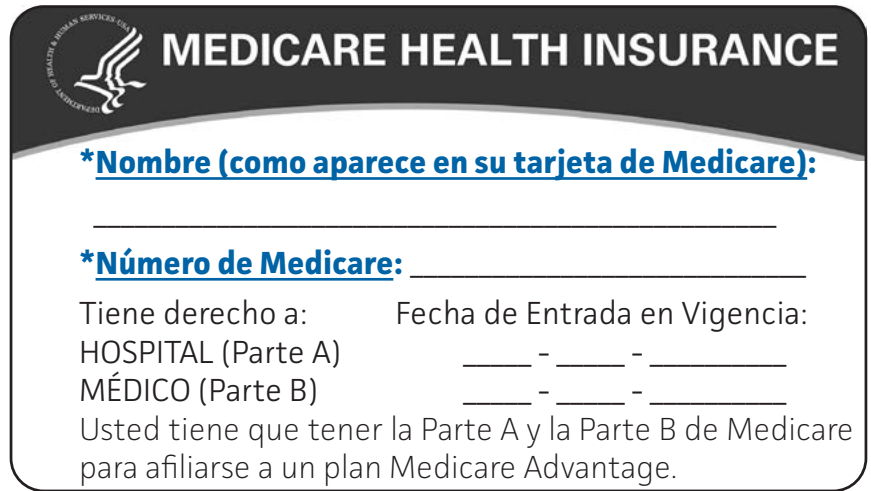
***Dirección:** _____ ***Ciudad:** _____

***Condado:** _____ ***Estado:** _____ ***Código Postal:** _____

Dirección Postal (si no coincide con su residencia permanente)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____



MEDICARE HEALTH INSURANCE

***Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare):** _____

***Número de Medicare:** _____

Tiene derecho a: Fecha de Entrada en Vigencia:

HOSPITAL (Parte A) _____ - _____ - _____

MÉDICO (Parte B) _____ - _____ - _____

Usted tiene que tener la Parte A y la Parte B de Medicare para afiliarse a un plan Medicare Advantage.

Por favor elija un Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés), una clínica, o un centro médico:

Nombre del PCP (letra de molde): _____ N.º de ID del PCP: _____

¿Ya es paciente de este médico de atención primaria (PCP)? Sí No

Pago de la prima de su plan

Si usted seleccionó un plan con una prima de \$0 y debe una multa por afiliación tardía, puede pagar por correo o transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés) todos los meses. Usted también puede elegir pagar su prima mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés) todos los meses.

Si usted seleccionó un plan con una prima mensual, puede pagar esta prima (y cualquier multa por afiliación tardía) por correo o EFT todos los meses. Usted también puede pagar su prima mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB, todos los meses.

Si usted tiene que pagar una Cantidad de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés) de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted deberá pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. **NO le pague a CarePlus la IRMAA de la Parte D.**

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

Por favor seleccione una opción de pago de la prima:

Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés).

Recibo beneficios mensuales del: Seguro Social RRB

NOTA: Debido a los plazos para procesar que necesita Medicare, su deducción del Seguro Social o RRB puede ser denegada para su primer pago de la prima. CarePlus le enviará una factura impresa para el pago inicial y volverá a enviar su solicitud a Medicare para que la deducción del Seguro Social o RRB comience con la prima de su segundo mes. La deducción puede tomar dos o más cheques de beneficio antes de comenzar. En la mayoría de los casos, si la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) o RRB aceptan su solicitud para la deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficio comenzará el mes en el que la SSA o RRB acepte su solicitud. Si la SSA o RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales.

Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, por sus siglas en inglés) de su cuenta bancaria cada mes. Por favor adjunte un cheque ANULADO o proporcione los siguientes datos::

Autorizo a CarePlus a procesar los pagos de la prima (y cualquier multa por afiliación tardía) de la siguiente cuenta. <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros	
Nombre del Titular de la Cuenta:	_____
Nombre del Banco Depositario:	_____
Número de Ruta Bancaria	Número de Cuenta Bancaria

Recibir una factura mensual

Por favor lea y conteste las siguientes preguntas importantes:

1. **Una vez afiliado, ¿tendrá otra cobertura médica?** Sí No

Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:

Nombre de la compañía aseguradora: _____

Dirección de la compañía aseguradora 1: _____

Dirección de la compañía aseguradora 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de grupo para esta cobertura: _____

Número de ID para esta cobertura: _____

¿Es usted el titular principal de la póliza? Sí No

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____ Teléfono: _____

2. ***Si va a tener otra cobertura de medicamentos recetados (como VA o TRICARE) adicional a este plan, marque este casillero.** Tendré otra cobertura de medicamentos recetados.

Por favor proporcione los detalles de su otra cobertura de medicamentos recetados a continuación (si corresponde)

Nombre de la otra cobertura: _____ Teléfono: _____

N.º de identificación de esta cobertura: _____

N.º de grupo de esta cobertura: _____

3. ¿Está usted inscrito en el Programa Estatal de Medicaid? Sí No

En caso afirmativo, por favor proporcione su número de Medicaid: _____

Nota: Se requiere la elegibilidad aplicable para Medicaid al momento de afiliarse a un plan CareNeeds Plus (HMO D-SNP) o CareNeeds Platinum (HMO D-SNP).

4. Si usted se está inscribiendo en CareComplete (HMO C-SNP) o CareComplete Platinum (HMO C-SNP), ¿le diagnosticaron diabetes, trastornos cardiovasculares o insuficiencia cardíaca crónica y actualmente está recibiendo el tratamiento correspondiente? Sí No

5. Si se está inscribiendo en CareBreeze Platinum (HMO C-SNP), ¿le han diagnosticado trastorno pulmonar crónico y se encuentra bajo tratamiento? Sí No

6. ¿Usted y/o su cónyuge trabaja? Sí No

7. Por favor seleccione su idioma de preferencia debajo:

Inglés Español Otro: _____

8. Si necesita información en un formato accesible, por favor seleccione una de las opciones debajo:

Audio CD En letra grande Pantalla accesible con lector de PDF Verbalmente por teléfono

Braille CD de datos

Por favor llame a Servicios para Afiliados al **1-800-794-5907 (TTY: 711)** si necesita información en un formato accesible o idioma distinto a los indicados anteriormente.

9. ¿Tiene usted ascendencia hispana, latina o española? Seleccione todas las opciones que correspondan.

No, no tengo ascendencia hispana, latina o española Sí, mexicana, mexico-estadounidense, chicana

Sí, puertorriqueña Sí, cubana Sí, otra ascendencia hispana, latina o española

Prefiero no responder

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

- | | | | |
|---|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano | <input type="checkbox"/> Chino |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Coreano |
| <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo | <input type="checkbox"/> Otra raza asiática | <input type="checkbox"/> Otra raza de las islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | |

11. ¿Cuál es su género? Seleccione una opción.

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

12. ¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo piensa de si mismo? Seleccione una opción.

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

Por lo general, usted puede afiliarse a un plan Medicare Advantage solo durante el Período Anual de Afiliación (**AEP**, por sus siglas en inglés) que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Además, puede cambiar su plan de Medicare Advantage durante el Período de Afiliación Abierta (**MA OEP**, por sus siglas en inglés), que se extiende del 1 de enero al 31 de marzo de cada año, o inmediatamente después de afiliarse a un plan durante el Período Especial de Afiliación/Período de Cobertura Inicial (**OEP NEW**, por sus siglas en inglés). Se aplican limitaciones sobre los cambios del plan autorizados durante el OEP. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de estos plazos. Por favor lea detenidamente las declaraciones siguientes y marque el óvalo si se aplican a su situación. Al marcar cualquiera de los óvalos siguientes, está certificando que, hasta donde tiene conocimiento, usted reúne los requisitos para un Período de Afiliación. **Si más adelante determinamos que esta información no es correcta, es posible que sea desafiliado.**

Código	Declaraciones del Período de Afiliación
NEW	Acabo de reunir los requisitos para la Parte A y/o la Parte B de Medicare (ICEP/IEP).
LEC	Voy a dejar la cobertura del empleador o sindicato el (* incluir fecha) _____.
AEP	Me estoy afiliando durante el Período Anual de Afiliación.
CHR	Me estoy inscribiendo en un Plan de necesidades especiales para atención de condición crónica (C-SNP, por sus siglas en inglés) que adapta sus beneficios a mi condición médica crónica O , luego de que me inscribí en un C-SNP, se descubrió que no tengo la condición médica por la que era elegible y, por lo tanto, debo afiliarme a otro plan.
DIF	Medicare (o mi estado) me inscribieron en un plan en los últimos 3 meses y deseo elegir un plan diferente.
DST	Fui víctima de una emergencia o un desastre importante (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA, por sus siglas en inglés]) o por una entidad federal, estatal, o gubernamental local. Una de las demás afirmaciones incluidas en el presente documento correspondía en mi caso, pero no pude llevar a cabo mi solicitud de afiliación debido al desastre. Periodo de elección perdido: _____ Emergencia o desastre vivido: _____

Continua en la página siguiente.

	Código	Declaraciones del Período de Afiliación
	NLS	Ocurrió un cambio en el pago de mi Ayuda Adicional para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (adquirí Ayuda Adicional recientemente, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí Ayuda Adicional) durante los últimos 3 meses.
	INC	Fui excarcelado durante los últimos 3 meses.
	LAW	Se me otorgó el estado de presencia legal en Estados Unidos durante los últimos 3 meses.
	LCC	Recientemente perdí mi cobertura acreditable de medicamentos recetados de manera involuntaria (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (*incluir fecha) _____. Tenga en cuenta: Solo para planes de Medicamentos Recetados de Medicare Advantage.
	LTC	Voy a ingresar, vivo en, o acabo de salir de un centro de cuidado a largo plazo (como, por ejemplo, un hogar de convalecientes). La fecha de ingreso/de estancia/de salida del centro es (*incluir fecha) _____.
	MCD	Ocurrió un cambio en mi Medicaid (adquirí Medicaid recientemente, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) durante los últimos 3 meses.
	MOV	Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual O me mudé recientemente y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (*incluir fecha) _____.
	EOC	Mi plan Medicare Advantage actual no será renovado para el próximo año de contrato. Tenga en cuenta: Solo es válido desde el 8 de diciembre hasta el último día del mes de febrero del próximo año.
	OEP	Soy afiliado de un plan de Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de Afiliación Abierta de Medicare Advantage (MA OEP, por sus siglas en inglés).
	PAC	Salí de un Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés) durante los últimos 2 meses.
	RUS	Regresé a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de los Estados Unidos durante los últimos 3 meses.
	SNP	Seré desafiado de un Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) debido a que perdí el estatus de necesidades especiales O me desafiaron de un SNP durante los últimos 3 meses.
	OTH	Ninguna de las declaraciones anteriores me corresponde. Sin embargo, creo que mis circunstancias especiales me permitirían acceder a una excepción para afiliarme (sujeto a aprobación). Explique, por favor:

Programa de Recompensas de CarePlus

¿Le gustaría participar en el Programa de Recompensas de CarePlus administrado por Sharecare? Si decide participar, afirma que ha leído y acepta los términos y condiciones del Programa de Recompensas de CarePlus que se adjuntan a este formulario.

- Sí, deseo participar en el Programa de Recompensas de CarePlus
- No, no deseo participar en el Programa de Recompensas de CarePlus

Yo he leído y comprendo la información importante en las páginas anteriores. He recibido y revisado una copia del Resumen de Beneficios.

***Su Firma:** _____ Fecha de Hoy: _____

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud de afiliación significa que he leído y que comprendo el contenido de esta solicitud de afiliación. Si está firmado por un representante autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada según la ley del Estado para completar esta solicitud de afiliación y 2) la documentación de esta autorización está disponible a solicitud de Medicare.

***Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y suministrar la siguiente información:**

Apellido: _____ Nombre: _____

Relación con el Afiliado: _____ Número Telefónico: _____

Dirección: _____

Tenga en cuenta que es necesario presentar documentación legal válida de esta autorización para tomar decisiones o realizar consultas sobre el cuidado de la salud del afiliado.

Solo para personas que ayudan al solicitante a completar este formulario.

Complete esta sección si usted es una persona (p. ej., agente, vendedor, asesor del SHIP, familiar o un tercero) que ayuda al solicitante a completar este formulario.

Nombre: _____ Firma: _____

Relación con el solicitante: _____

Número de productor nacional (solo agentes/vendedores): _____

Para uso interno por un agente de ventas certificado de CarePlus

Nombre del Agente de Ventas (letra de molde): _____

Firma del Agente de Ventas: _____

Dirección de correo electrónico del Agente de Ventas: _____

Número del Agente de Ventas (SAN): _____ **Fecha:** _____

Nombre del Agente de Referencia: _____

Número de Id. del Agente de Referencia: _____

Preguntar al Solicitante: ¿Desea proporcionar información sobre su estatus de veterano?

Propio Cónyuge Dependiente No soy veterano de guerra Prefiero no contestar

Fuente:

Libro de cuentas Evento Mercadeo/Publicidad Tercero CarePlus

Numero de ID. del Ámbito de Citas: _____

Agentes, por favor seleccionen una de las siguientes opciones para indicar el tipo de cita:

F2F – En persona

TEL – Por teléfono

RET – Socio minorista

GCS – Seminario del Centro Vecinal

INH – Cita a domicilio

OTH – Otro

GCW – Centro Vecinal sin cita previa

SEM – Seminario

WAL – Walmart

