CarePlus HEALTH PLANS

Formulario de inscripción 2026

Siga estos sencillos pasos para afiliarse al plan CarePlus Medicare Advantage.



Tenga a mano su tarjeta de Medicare

Escriba en letra de imprenta clara y complete todo el formulario. Escriba la información exactamente como aparece en su tarjeta de Medicare.
Cada persona que presente una solicitud debe completar un formulario por separado.

Tenga en cuenta: Todos los campos marcados con asterisco (*) **y subrayados** son obligatorios. Los campos no obligatorios son opcionales. No se le puede denegar la cobertura si no los completa.



Firme y coloque la fecha en el formulario de inscripción

Este formulario no está completo sin su firma. Si no completa y devuelve este formulario a tiempo, es posible que tengamos que denegar su inscripción. Si otra persona está autorizada a completar este formulario por usted, dicha persona debe firmarlo. Esta persona debe proporcionar una prueba legal de autorización si se la solicita.



No envíe varios formularios de inscripción para el mismo plan y fecha de entrada en vigencia.

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de servicios para afiliados al **1-800-794-5907**. Si utiliza un TTY, llame al **711**. Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado podría responder su llamada los fines de semana y días festivos. Para un servicio las 24 horas, puede visitarnos en **es-www.careplushealthplans.com**.



Lea esta información importante

Antes de firmar, lea todo el formulario de inscripción para asegurarse de que comprende la información proporcionada.

Opciones de inscripción electrónica

¿Ha considerado inscribirse en línea en **es-www.careplushealthplans.com**?

Es una forma rápida, segura y fácil de solicitar la inscripción.



Puede enviar este formulario de inscripción por **correo postal** a:

CarePlus Enrollment Forms
P.O. Box 14309
Lexington, KY 40512-4309



O bien, envíe este formulario de inscripción por **fax** al: **1-877-889-9923**

Tenga en cuenta: Utilice la portada para fax que figura al reverso de esta página.

CarePlus
HEALTH PLANS™

Portada para fax

Fecha: _____

Para: **CarePlus Enrollment**

Número de fax: **1-877-889-9923**

Número de páginas (incluida la portada): _____

De: (Nombre y apellido): _____

N.º de identificación del agente (SAN): si lo completa un agente: _____

Teléfono: _____

Número de fax: _____

Antes de enviar por fax este formulario de inscripción, asegúrese de que todos los campos obligatorios (marcados con un asterisco (*) y subrayados) estén completados de forma clara y legible.

Mensaje:

Este fax contiene información privilegiada y confidencial destinada exclusivamente a los destinatarios arriba indicados. Si usted no es el destinatario de este fax o el empleado o agente responsable de entregarlo al destinatario, se le notifica que cualquier difusión o copia de este fax está estrictamente prohibida. Si ha recibido este fax por error, notifíquelo llamándonos por teléfono y devuelva el fax por correo postal a:

P.O. Box 14309, Lexington, KY 40512-4309
Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de servicios para afiliados al **1-800-794-5907**.
Si utiliza un TTY, llame al **711**. Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.
No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado podría responder su llamada los fines de semana y días festivos. Para un servicio las 24 horas, puede visitarnos en **es-www.careplushealthplans.com**.

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 **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 14618, Lexington, KY 40512-4618, **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).**

CarePlus HEALTH PLANS™

Este aviso está disponible en **es-www.CarePlusHealthPlans.com/NDN.**

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **1-800-794-5907 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Զանգահարե՛ք՝ **1-800-794-5907 (TTY: 711)**:

বাংলা Bengali: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **1-800-794-5907 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 Simplified Chinese：我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **1-800-794-5907**（听障专线：**711**）。

繁體中文 Traditional Chinese：我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **1-800-794-5907（聽障專線：711）**。

Kreyòl Ayisyen Haitian Creole: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòma sèvis disponib. Rele **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Hrvatski Croatian: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **1-800-794-5907 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français French: Des services gratuits linguistiques, d’aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Deutsch German: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Ελληνικά Greek: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી Gujarati: નિઃશુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** પર કૉલ કરો.

עברית Hebrew: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **1-800-794-5907 (TTY: 711)**

Hmoob Hmong: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

This notice is available at **CarePlusHealthPlans.com/MLI**.

GHHNOA2025CP

Italiano Italian: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

日本語 Japanese:言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**1-800-794-5907 (TTY: 711)** までお電話ください。

ភាសាខ្មែរ Khmer៖ សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជាទម្រង់ផ្សេងជំនួសអាចរកបាន។ ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-794-5907 (TTY: 711)**។

한국어 Korean: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다. **1-800-794-5907 (TTY: 711)**번으로 문의하십시오.

Diné Navajo: Saad t’áá jiik’eh, t’áadoole’é binahjį’ bee adahodooníłígíí diné bich’į’ anídahazt’i’í, dóó łahgo át’éego bee hada’dilyaaígíí bee bika’aanída’awo’í dahólǫ. Kohjį’ hodíilnih **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Polski Polish: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Português Portuguese: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ Punjabi: ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-794-5907 (TTY: 711)** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский Russian: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Español Spanish: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Tagalog Tagalog: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

தமிழ் Tamil: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు Telugu: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

اردو Urdu: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ کال **1-800-794-5907 (TTY: 711)**

Tiếng Việt Vietnamese: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định dạng thay thế. Hãy gọi **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Lea esta información importante



Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, la afiliación a CarePlus puede afectar los beneficios de salud de su empleador o sindicato. Usted podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato al afiliarse a CarePlus.

Al completar este formulario de inscripción, acepto lo siguiente:

- Debo conservar tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) de Medicare para permanecer en CarePlus.
- Entiendo que puedo estar inscrito solo en un plan Medicare Advantage (MA) o un plan de la Parte D al mismo tiempo, y que la inscripción en este plan terminará automáticamente mi afiliación a otro plan MA o de la Parte D (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Una vez que me inscriba, puedo dejar este plan o realizar cambios solo en determinados momentos del año cuando haya un período de inscripción disponible (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o en ciertas circunstancias especiales.
- Este plan de CarePlus presta servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que presta servicios este plan de CarePlus, tengo que notificar a CarePlus para poder desafiliarme y buscar un nuevo plan. La cobertura de emergencias (tanto dentro como fuera del área de servicio del plan) y el cuidado de urgencia están siempre cubiertos.
- Entiendo que debo ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente legalmente en los Estados Unidos.
- Si solicita inscribirse en un **Plan de necesidades especiales para afecciones crónicas (C-SNP, por sus siglas en inglés)**, se aplica la siguiente declaración: Entiendo que este plan es un plan de necesidades especiales para afecciones crónicas. Mi capacidad para inscribirme depende de la verificación por parte de un médico de que tengo una o más afecciones médicas elegibles.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de CarePlus, debo obtener todos mis beneficios médicos y/o de medicamentos recetados de CarePlus. Se cubrirán los beneficios y servicios que provea CarePlus y que estén contenidos en mi documento "Evidencia de cobertura" (también conocido como contrato del afiliado o acuerdo del suscriptor) de CarePlus. Ni Medicare ni CarePlus pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos. Los beneficios y servicios deben obtenerse de CarePlus para que estén cubiertos como beneficios de Medicare, a excepción de los gastos de hospicio y de adquisición de riñón para trasplantes, que están cubiertos por Medicare. Acataré las reglas de mi Evidencia de cobertura.
- Los agentes/corredores de ventas pueden recibir una compensación si ayudan al solicitante a inscribirse.
- La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que CarePlus compartirá mi información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de EE. UU., que puede utilizarla para realizar un seguimiento de la afiliación, efectuar pagos y otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración sobre la Ley de Privacidad más abajo).

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 de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar el cuidado médico y pagar los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguro Social y las Secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés) 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 Sistema n.º 09-70-0588, "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", del Aviso del sistema de registros (SORN, por sus siglas en inglés). **Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.**

Personas sin hogar: Si desea afiliarse a un plan, pero no tiene residencia permanente, pueden considerarse su dirección de residencia permanente un apartado postal, una dirección de un centro de acogida o de una clínica, o la dirección en la que recibe correspondencia (p. ej., cheques del Seguro Social).

Todos los campos marcados con asterisco (*) y subrayados son obligatorios

***Fecha de entrada en vigencia propuesta (ingresar mes):01 de / _____ / de 2026**

Selección de planes (tenga en cuenta que no todos los planes están disponibles en todos los mercados).
***Ingrese la información del plan y seleccione el nombre del plan que corresponda:**

***Contrato**	***PBP**	**Segmento**
H 1 0 1 9		0 0

- ☐ CareAccess (HMO)
- ☐ CareBreeze (HMO C-SNP)[1]
- ☐ CareBreeze Platinum (HMO C-SNP)[1]
- ☐ CareComplete (HMO C-SNP)[1]
- ☐ CareComplete Platinum (HMO C-SNP)[1]
- ☐ CareFree Giveback (HMO)
- ☐ CareFree Platinum Giveback (HMO)
- ☐ CareNeeds Extra (HMO D-SNP)[2]
- ☐ CareNeeds Platinum (HMO D-SNP)[2]
- ☐ CareNeeds Plus (HMO D-SNP)[2]
- ☐ CareOne Plus (HMO)
- ☐ CareSalute (HMO)

[1] Requiere afecciones crónicas elegibles
[2] Requiere la elegibilidad para Medicaid

Indique los datos de su seguro de Medicare:

Tenga a mano su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.
Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.

-O BIEN-

Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB, por sus siglas en inglés).

Nombre del agente (en letra de imprenta): _____

N.º de identificación del agente (SAN): _____

SEGURO DE SALUD DE MEDICARE

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

***Número de Medicare:** _____

Tiene derecho a:	Fecha de vigencia:
SEGURO DE HOSPITALARIO (PARTE A)	____ - ____ - _____
SEGURO MÉDICO (PARTE B)	____ - ____ - _____

Para inscribirse en un plan Medicare Advantage debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare.

N.º de identificación del afiliado (afiliados actuales o anteriores de CarePlus)**:** _____

***Apellido:** _____ ***Nombre:** _____ **Inicial del segundo nombre:** _____

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

Es importante que podamos comunicarnos con usted para brindarle la información que necesita para mantenerse informado y ocuparse de su salud. Proporcione su dirección de correo electrónico y su número de teléfono.

Correo electrónico: _____
Al proveer su dirección de correo electrónico, usted autoriza a CarePlus a enviarle información sobre salud a esta dirección.

N.º de teléfono: _____ ☐ Particular ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Otro

Número de teléfono alternativo: _____ ☐ Particular ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Otro

En ocasiones, es posible que CarePlus utilice un sistema automatizado para llamarle o enviarle mensajes de texto. Cuando eso suceda, nos aseguraremos de utilizar el número de teléfono que proporcionó.

Residencia permanente (solo se permiten apartados postales si la persona está sin hogar)

***Dirección:** _____

***Ciudad:** _____ ***Condado:** _____ ***Estado:** _____ ***Código postal:** _____

Dirección postal (si es diferente de su dirección permanente)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Elija el nombre del médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés), clínica o centro de salud:

Nombre del PCP (en letra de imprenta): _____ **N.º de identificación del PCP:** _____

¿Ya es paciente de este PCP? ☐ Sí ☐ No

Pago de la prima del plan

Si ha seleccionado un plan con prima de $0 y debe una multa por inscripción tardía, puede pagar por correo o por transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés) cada mes. También puede optar por pagar la prima deduciéndola automáticamente cada mes de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB, por sus siglas en inglés).

Si ha seleccionado un plan con una prima mensual, puede pagar esta prima (y cualquier multa por inscripción tardía) por correo o EFT cada mes. También puede pagar la prima deduciéndola automáticamente cada mes de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB.

Si tiene que pagar una cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés) de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Debe abonar esta cantidad adicional además de la prima de su plan.
NO pague a CarePlus la IRMAA de la Parte D.

Si no selecciona una opción de pago para la prima, obtendrá talonarios de pago.

Seleccione una opción de pago para la prima:

☐ Deducción automática del cheque mensual de beneficios del Seguro Social o la RRB.

Recibo beneficios mensuales de: ☐ Seguro Social ☐ RRB

TENGA EN CUENTA: Debido a cronogramas de procesamiento requeridos por Medicare, la deducción de su Seguro Social o RRB podría denegarse para el pago de su primera prima. CarePlus emitirá una factura en papel para su primer pago y reenviará su solicitud a Medicare para que la deducción del Seguro Social o RRB comience con la prima del segundo mes. El inicio de la deducción podría demorar dos o más cheques de beneficios. En la mayoría de los casos, si la SSA o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios comenzará el mes en que la SSA o la RRB acepte su solicitud. Si la SSA o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales.

☐ Transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés) desde su cuenta bancaria cada mes. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione lo siguiente:

Autorizo a CarePlus a procesar los pagos de las primas (y cualquier multa por inscripción tardía) de la siguiente cuenta. ☐ Cuenta de cheques ☐ Cuenta de ahorros

Nombre del titular de la cuenta: _____

Nombre del banco depositario: _____

Número de ruta bancaria _____

Número de cuenta bancaria _____

☐ Obtener un talonario de pago

Lea y responda a estas importantes preguntas:

1. **Una vez inscrito, ¿tendrá otra cobertura de salud?** ☐ Sí ☐ No
   Si responde Sí, complete lo siguiente:
   Nombre de la aseguradora: _____
   Dirección de la aseguradora 1: _____ Dirección de la aseguradora 2: _____
   Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
   N.º de grupo de esta cobertura _____ N.º de identificación de esta cobertura: _____
   ¿Es usted el titular principal de la póliza? ☐ Sí ☐ No
   Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____ Teléfono: _____

2. ***Si además de este plan, va a tener otra cobertura para medicamentos recetados (como VA o TRICARE), marque esta casilla.** ☐ Tendré otra cobertura para medicamentos recetados.
   Proporcione aquí los detalles de su otra cobertura para medicamentos recetados, si corresponde.
   Nombre de la otra cobertura: _____ Teléfono: _____
   N.º de identificación de esta cobertura: _____ N.º de grupo de esta cobertura: _____

3. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? ☐ Sí ☐ No
   Si responde Sí, indique su número de Medicaid: _____

   Tenga en cuenta: Se requiere elegibilidad para Medicaid aplicable para inscribirse en un plan CareNeeds Extra (HMO D-SNP), CareNeeds Platinum (HMO D-SNP) o CareNeeds Plus (HMO D-SNP).

4. Si se inscribe en un plan CareComplete (HMO C-SNP) o CareComplete Platinum (HMO C-SNP), ¿le han diagnosticado diabetes, trastornos cardiovasculares y/o insuficiencia cardíaca crónica y está recibiendo tratamiento actualmente? ☐ Sí ☐ No

5. Si se inscribe en CareBreeze (HMO C-SNP) o CareBreeze Platinum (HMO C-SNP), ¿le han diagnosticado un trastorno pulmonar crónico y está recibiendo tratamiento? ☐ Sí ☐ No

6. ¿Trabajan usted y/o su esposo/a? ☐ Sí ☐ No

7. Seleccione una de las siguientes preferencias de idioma:
   ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

8. Si necesita información en un formato accesible, seleccione una de las opciones siguientes. Si no se selecciona ninguna, recibirá materiales impresos con fuente estándar.
   ☐ CD de audio ☐ Letras grandes ☐ PDF para lector de pantalla de fácil acceso ☐ Oral por teléfono
   ☐ Sistema Braille ☐ CD de datos
   Comuníquese con Servicios para afiliados al **1-800-794-5907 (TTY: 711)** si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto de los indicados anteriormente.

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el Período anual de inscripción (**AEP**, por sus siglas en inglés), del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Además, puede optar por cambiar su plan Medicare Advantage una vez durante el Período de inscripción abierta (**OEP**, por sus siglas en inglés) anual entre el 1 de enero y el 31 de marzo de cada año, o inmediatamente después de inscribirse en un plan durante su Período de inscripción inicial/Período de cobertura inicial (**OEP NEW**). Se aplican limitaciones a los cambios de planes que se permiten durante el OEP. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de estos períodos. Lea atentamente cada una de las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las casillas a continuación, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción.
Si en el futuro determinamos que esta información es incorrecta, es posible que lo desafilien.

	Código	Declaraciones sobre el período de inscripción
◯	NEW	Comencé a ser elegible para la Parte A y/o la Parte B de Medicare (ICEP/IEP).
◯	LEC	Dejaré de tener cobertura de mi empleador o sindicato el (***ingrese la fecha**) _____.
◯	AEP	Me inscribiré durante el Período anual de inscripción.
◯	CSN	Me inscribiré en un Plan de necesidades especiales para afecciones crónicas (C-SNP, por sus siglas en inglés) que adapta sus beneficios a mi afección crónica **O** se determinó que no tengo una afección elegible después de inscribirme en un C-SNP y necesito inscribirme en un plan diferente.
◯	DIF	Medicare (o mi estado) me ha inscrito en un plan en los últimos 3 meses y quiero elegir otro plan.
◯	NLS	Hubo un cambio en mi Ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos recetados de Medicare (recibí Ayuda adicional recientemente, hubo un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) en los últimos 3 meses.
◯	INC	Salí de prisión en los últimos 3 meses.
◯	INT	Tengo beneficios de Medicare y Medicaid completos y quiero inscribirme en un Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad integrado. **Tenga en cuenta: Este SEP es válido una vez por mes a lo largo del año y solo para inscripción en un Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad totalmente integrado (FIDE SNP, por sus siglas en inglés), un Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad altamente integrado (HIDE SNP, por sus siglas en inglés) o un Plan integrado aplicable (AIP, por sus siglas en inglés).**
◯	LAW	Obtuve mi estado de residencia legal en los Estados Unidos en los últimos 3 meses.
◯	LCC	Recientemente, perdí involuntariamente mi cobertura válida para medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos el (***ingrese la fecha**) _____. **Tenga en cuenta: Para planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados únicamente.**
◯	LTC	Me voy a trasladar a, vivo en o me mudé recientemente de un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos). Me mudé/mudaré o salí/saldré del centro de cuidado el (***ingrese la fecha**) _____.
◯	MCD	Hubo un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid recientemente, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) en los últimos 3 meses.

Continúa en la página siguiente.

	Código	Declaraciones sobre el período de inscripción
◯	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 (*__**ingrese la fecha**__) _____.
◯	EOC	Mi plan Medicare Advantage actual no se renovará para el próximo año de contrato. **Tenga en cuenta: Solo válido del 8 de diciembre al último día de febrero del año siguiente.**
◯	OEP	Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP, por sus siglas en inglés).
◯	PAC	Abandoné un Programa de cuidado todo incluido para personas de la tercera edad (PACE, por sus siglas en inglés) en los últimos 2 meses.
◯	RUS	Regresé a Estados Unidos en los últimos 3 meses después de haber vivido permanentemente fuera del país.
◯	SNP	Se me desafiliará de un Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) porque ya no tengo necesidades especiales **O** me desafiliaron de un plan SNP en los últimos 3 meses.
◯	OTH	Ninguna de las declaraciones anteriores se aplica a mi caso; no obstante, considero que mis circunstancias especiales permitirían realizar una excepción para mi inscripción (sujeto a aprobación). Explique:

He leído y entiendo la importante información de las páginas anteriores. He recibido y revisado una copia del Resumen de beneficios.

***Su firma:** _____ Fecha de hoy: _____

Entiendo que, con mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en este formulario de inscripción, se da por entendido que leí y comprendí el contenido de este formulario de inscripción. Si un representante autorizado (como se describe arriba) firma el presente documento, la firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por las leyes estatales para completar esta inscripción, y 2) la documentación relacionada con esta autorización está disponible si Medicare la solicita.

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

Apellido: _____ Nombre: _____

Relación con el solicitante: _____ N.º de teléfono: _____

Dirección: _____

Tenga en cuenta que requerimos documentación legal válida de esta autorización para tomar decisiones relacionadas con el cuidado de la salud o realizar preguntas con respecto al solicitante.

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

Complete esta sección si usted es una persona (p. ej., agente, corredor, asesor de SHIP, familiar u otro tercero) que está ayudando a un solicitante a completar este formulario.

Nombre: _____ Firma: _____

Relación con el solicitante: _____

Número nacional del productor (solo agentes/corredores): _____

Para uso interno de un agente de ventas autorizado de CarePlus

Nombre del agente de ventas (en letra de imprenta): _____

Firma del agente de ventas: _____

Dirección de correo electrónico del agente de ventas: _____

N.º de identificación del agente de ventas (SAN): _____ **Fecha:** _____

Nombre del agente que hace el referido: _____ N.º del agente que hace el referido: _____

Pregunte al solicitante: ¿Desea proporcionar su condición de veterano?

☐ Yo ☐ Esposo/a ☐ Dependiente ☐ No soy un veterano/a ☐ Prefiere no responder

Origen del cliente potencial:

☐ Libro de negocios ☐ Evento ☐ Mercadeo/publicidad ☐ Tercero ☐ CarePlus

N.º de identificación del Alcance de la cita: _____

Agente, seleccione uno de los siguientes indicando el tipo de cita:

☐ **F2F** – En persona

☐ **TEL** – Telefónica

☐ **RET** – Socio minorista

☐ **INH** – Cita en el hogar

☐ **OTH** – Otro

☐ **SEM** – Seminario

☐ **WAL** – Walmart

