

Formulario de inscripción 2027

Formulario de inscripción para un Plan de necesidades especiales con doble elegibilidad

Use este formulario **ÚNICAMENTE** si se va a inscribir en un Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad de CarePlus.

Siga estos sencillos pasos para convertirse en afiliado de Medicare de CarePlus



Tenga a mano sus tarjetas de Medicare y Medicaid



Cada persona que solicite la inscripción debe completar un formulario por separado.



Firme y coloque la fecha en el formulario de inscripción

Si el formulario de inscripción no es completado y enviado dentro del período asignado, la inscripción podría ser rechazada.



Envíe su formulario de inscripción

Puede enviar por fax las páginas de Servicios para afiliados de este formulario de inscripción al: **1-877-889-9923**. O envíe este formulario de inscripción por correo postal a:

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

No envíe el mismo formulario de inscripción ni solicite inscribirse en el mismo plan más de una vez.

Llámenos si tiene preguntas

Si tiene preguntas, llame al Departamento de servicios para afiliados al **1-800-794-5907 (TTY: 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 puede responder su llamada los días festivos y los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre. Deje su nombre y número de teléfono, y le devolveremos la llamada antes de finalizar el siguiente día hábil.



Opciones de inscripción electrónica

Es posible que pueda inscribirse en línea. Es una forma rápida, segura y fácil de solicitar la inscripción. Visite **es-www.CarePlusHealthPlans.com** para ver si la inscripción electrónica está disponible para el plan que desea.

Instrucciones

- Rellene por completo los óvalos.
- Utilice solamente tinta negra.
- Escriba con claridad solo un número o letra mayúscula en cada casilla.

- Si comete un error, tache la casilla con una "X" y escriba la letra o el número correcto encima o debajo de la casilla, como se muestra a continuación:

Números y letras correctos

1 2 3 S M I ~~X~~ H

CarePlus
HEALTH PLANS

Notas adicionales

Los asteriscos (*) indican campos obligatorios. Responder a campos no obligatorios es opcional. No se le puede negar la cobertura si no los completa.

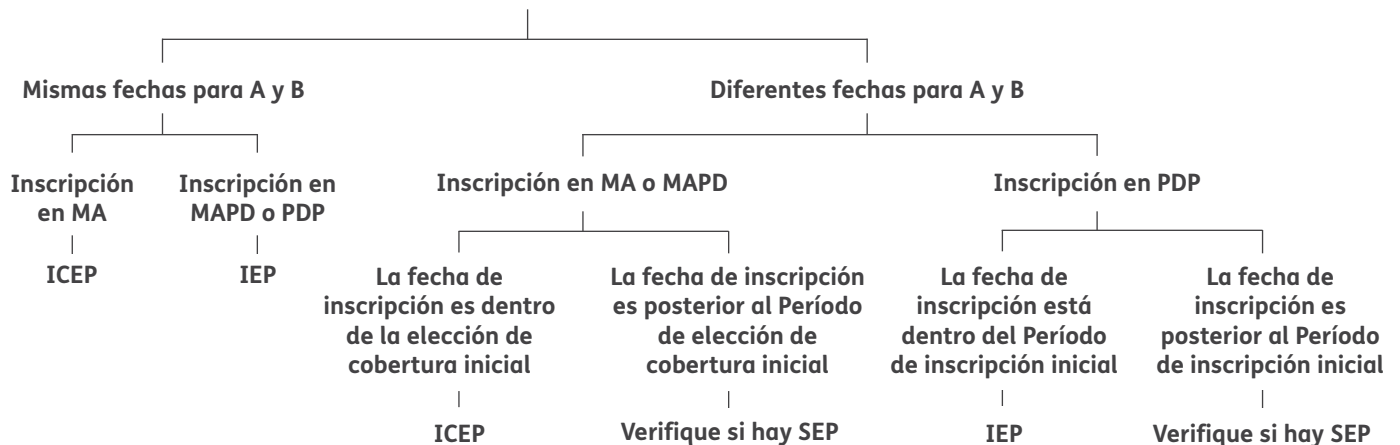
Período de inscripción inicial (IEP, por sus siglas en inglés) y Período de elección de cobertura inicial (ICEP, por sus siglas en inglés)

- Si las fechas de la Parte A y la Parte B son las mismas, el período de elección abarca 7 meses: 3 meses antes del mes en el que comienza a ser elegible, el mes en el que comienza a ser elegible y 3 meses después del mes en el que comenzó a ser elegible.
- Si las fechas de la Parte A y la Parte B son diferentes, el período de elección abarca 5 meses: 3 meses antes del mes de la fecha de entrada en vigencia más tardía (a menudo, la de la Parte B), el mes en que es elegible y 1 mes después del mes en que es elegible. Únicamente para inscribirse en un plan solo de Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés) o en un plan de medicamentos recetados de Medicare Advantage (MAPD, por sus siglas en inglés). Si la inscripción es para un plan de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés), verifique si el IEP de 7 meses continúa disponible.
- La fecha de inicio de la cobertura se basa en factores como el derecho a Medicare y la presentación del formulario de inscripción completado.

Cuando ingrese su número de Medicare en el formulario de inscripción, escríbalo exactamente como aparece en su tarjeta de Medicare. N indica un número, A indica un carácter alfabético y E indica un número o un carácter alfabético. Los números de Medicare no comenzarán con cero ni contendrán las letras B, I, L, O, S o Z.

Los períodos de inscripción pueden superponerse. Asegúrese de marcar cualquier óvalo del Período de elección especial (SEP, por sus siglas en inglés) que se aplica a usted de la lista de declaraciones del SEP, en la página 4 del formulario de inscripción. Cuando se inscriba específicamente durante un SEP, una de las declaraciones del SEP debe ser verdadera para ser elegible para un SEP. Los agentes deben consultar la Guía de ayuda de Opciones de inscripción (DMS-024) si el SEP no figura en la página 4.

Consulte las fechas de elegibilidad de la Parte A y la Parte B en la tarjeta de Medicare



Alcance de la cita (SOA, por sus siglas en inglés) (pág. 7)

Los agentes deben usar uno de los códigos de tres letras a continuación para el campo de tipo de cita.

F2F – En persona

INH – Cita en el hogar

OTH – Otro

RET – Socio minorista

SEM – Seminario

TEL – Telefónica

WAL – Walmart

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 motivos de raza, color de la piel, 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. CarePlus Health Plans Inc.:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y servicios y ayudas auxiliares gratuitas y adecuadas para comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
 - Intérpretes acreditados en el lenguaje de señas.
 - Información por escrito en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles o de otro tipo).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística para personas cuyo idioma principal no es el inglés, entre los que se pueden incluir:
 - Intérpretes acreditados.
 - Información por escrito en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas auxiliares adecuadas o servicios de asistencia lingüística, comuníquese al **800-794-5907 (TTY: 711)**. Si 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 de 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, fax o correo electrónico al 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, por medios electrónicos 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/NDN](https://www.CarePlusHealthPlans.com/NDN)**
GHHNDN2026CP_SP_0526

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 مجاناً. اتصل على الرقم **1-800-794-5907 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Զանգահարեք **1-800-794-5907 (TTY` 711)** հեռախոսահամարով:

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]: Gen sèvis lengwistik gratis, èd oksilyè, ak lòt fòm sèvis ki disponib. Rele **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Hrvatski [Croatian]: Dostupne su besplatne jezične usluge, usluge dodatne pomoći i 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 d'assistance linguistiques, d'aide auxiliaire et de format alternatif sont disponibles. Appelez le **1-800-794-5907 (ATS : 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]: મફત ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** પર ફોન 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)**.

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

GHHNOA2026CP_0526

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 សេវាកម្មជំនួយផ្សេងៗសម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់។ 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 bee áná'álwo', bee haz'áanii, dóó naaltsoos t'áa ajilíí'ígíí bee ak'e'elyaaígíí t'áa jik'eh hóló. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** bich'í' hodíílnih.

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

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

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫਤ 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]: May available na mga libreng serbisyo sa wika, mga gamit na pantulong, at alternatibong format. Tumawag sa **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

தமிழ் [Tamil]: மொழி,, உதவிப் பொருட்கள் மற்றும் மாற்று வடிவமைப்புச் சேவைகள் இலவசமாகக் கிடைக்கின்றன. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** எண்ணை அழைக்கவும்.

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

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

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

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



LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE

Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, la afiliación a CarePlus puede influir en los beneficios de cuidado de salud de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato al afiliarse a CarePlus.

Al completar este formulario de inscripción, acepto lo siguiente:

Si me inscribo en un plan de salud Medicare Advantage con contrato con el gobierno federal, tendré que conservar las Partes A y B de Medicare para permanecer en el plan. Debo continuar pagando mi prima de la Parte B de Medicare. Solo puedo estar en un plan Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en cualquier otro plan de salud Medicare Advantage o plan de medicamentos recetados. Es responsabilidad mía informar a CarePlus sobre cualquier cobertura para medicamentos recetados que tenga o pueda tener en el futuro. **Entiendo que si no tengo cobertura para medicamentos recetados de Medicare, o una cobertura válida para medicamentos recetados (tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si en el futuro me inscribo en la cobertura para medicamentos recetados de Medicare.** La inscripción en el plan que yo seleccione es generalmente por el año completo.

Entiendo que cuando comienza mi cobertura de CarePlus, debo obtener todos mis beneficios médicos y medicamentos recetados de CarePlus. Se cubrirán los beneficios y servicios que provea CarePlus y que estén contenidos en mi documento “Evidencia de cobertura” (también conocida como contrato del afiliado o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni CarePlus pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos. Los beneficios y servicios deben obtenerse de CarePlus para poder ser cubiertos como beneficios de Medicare, con la excepción de los costos de adquisición de hospicio y riñón para trasplantes, que están cubiertos por Medicare. Acataré las reglas de mi Evidencia de cobertura.

Entiendo que debo ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los Estados Unidos. Este plan de CarePlus sirve a un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio de este plan de CarePlus, debo notificar a CarePlus para poder cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en el área nueva. La cobertura de emergencia (tanto dentro como fuera del área de servicio del plan) y el cuidado de urgencia siempre están cubiertos.

Entiendo que un agente de ventas/corredor puede ser compensado si me ayuda con la inscripción.

Una vez que CarePlus haya recibido mi formulario de inscripción, puedo obtener una carta de verificación para asegurar de que comprendo cómo funciona mi plan y confirmar mi intención de inscribirme. Este no es un plan secundario a las Partes A y B de Medicare. CarePlus será responsable de los pagos en lugar de Medicare, y yo seré responsable de pagar las cantidades que CarePlus no cubra, como copagos y coseguros. Las Partes A y B de Medicare no pagarán mi cuidado de salud mientras yo esté inscrito en CarePlus.

- Si solicita inscribirse en un **Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés)**, se aplica la siguiente declaración: Entiendo que este plan es para personas que tienen tanto Medicaid como Medicare. Mi posibilidad de inscribirme depende de la verificación de que tengo derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de Medicaid.

Para los solicitantes de un D-SNP de **FLORIDA**: Entiendo que este plan está patrocinado por CarePlus y la Agencia para la Administración del Cuidado de Salud del estado de Florida.

- Entiendo que me inscribo en un plan Medicare Advantage de CarePlus y no a un plan suplementario a Medicare, Medigap, Medicare Select ni Medicaid.

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 de Medicare, reconozco que CarePlus compartirá mi información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos, que puede utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para 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 realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés), 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, 422.60, 423.30 y 423.32 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, 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 de beneficios del Seguro Social) puede considerarse su dirección de residencia permanente.

Formulario de inscripción en un Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad de Medicare de CarePlus 2027

Escriba esta información en letra de imprenta exactamente como figura en su tarjeta de Medicare.



SEGURO DE SALUD DE MEDICARE

APELLIDO*

ISN

NOMBRE*

NÚMERO DE MEDICARE*

TIENE DERECHO A FECHA DE VIGENCIA

SEGURO DE HOSPITAL (PARTE A)

SEGURO MÉDICO (PARTE B)

DIRECCIÓN RESIDENCIAL* No se permiten apartados postales.

CIUDAD* ESTADO* CÓDIGO POSTAL* CONDADO*

DIRECCIÓN POSTAL Su dirección de residencia confirma su área de servicio. Escriba en letra de imprenta su dirección postal/apartado postal aquí, si corresponde. Si su dirección postal es la misma que la dirección residencial, complete este óvalo.

CIUDAD ESTADO* CÓDIGO POSTAL

Es importante que podamos comunicarnos con usted para ayudarle a mantenerse informado y cuidar de su salud. Proporcione su número de teléfono y su dirección de correo electrónico.

TELÉFONO

TIPO DE TELÉFONO

Celular Residencial (línea fija)

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.

CORREO ELECTRÓNICO Al proveer su dirección de correo electrónico, usted autoriza a Humana a enviarle información sobre salud a esta dirección.

Opte por formato digital. Muchos documentos del plan ahora están disponibles en formato digital. Consulte el libro de afiliación para obtener una lista de comunicaciones disponibles y orientación sobre cómo ver sus documentos. Si elige esta opción, complete este óvalo.

Todos los solicitantes de planes HMO deben incluir a continuación la información de su médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés).

MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO (PCP)

¿Usted ya es paciente del médico que ha elegido?

Sí No

Escriba en letra de imprenta clara. Utilice tinta negra. Los asteriscos (*) indican campos obligatorios.

NÚMERO DEL AGENTE (SAN)

FECHA DE NACIMIENTO* SEXO*

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

H

(Para afiliados actuales o anteriores de CarePlus)

Consulte a su agente para completar estas preguntas.

FECHA PROPUESTA DE INICIO DE LA COBERTURA*

(Debe ser posterior a la fecha de la firma en la pág. 7)

ICEP IEP AEP OEP OEP OEPI SEP

MA o PDP o MAPD MAPD NEW

CÓDIGO†

(Consulte la página de Notas adicionales)

†Requerido si seleccionó SEP. Consulte el código en la pág. 4.

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage o un plan de medicamentos recetados durante el Período anual de elección (AEP, por sus siglas en inglés), entre el 15 de octubre y el 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 IEP/ICEP (OEP NUEVO). Se aplican limitaciones a los cambios de planes que se permiten durante el OEP. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse fuera de estos períodos. Lea detenidamente las siguientes declaraciones y marque el óvalo a la izquierda de la declaración que se aplique en su caso. Al marcar cualquiera de los óvalos a continuación, usted certifica que, a su leal saber y entender, el texto es una declaración verdadera sobre usted. **Si en el futuro determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se le desafilie.**

Código SEP	Declaraciones del Período de elección especial (SEP, por sus siglas en inglés)
☐ LEC	Voy a perder/dejar la cobertura de un empleador o sindicato o perdí este tipo de cobertura en los últimos dos meses.
☐ NLS	Hubo un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura para medicamentos recetados de Medicare (hace poco empecé a recibir asistencia, hubo un cambio en el nivel o perdí la elegibilidad) en los últimos tres meses.
☐ MCD	Hubo un cambio en mi estatus de Medicaid (hace poco empecé a recibir asistencia, hubo un cambio en el nivel o perdí la elegibilidad) en los últimos tres meses.
☐ MOV	Me mudaré o me he mudado en los últimos dos meses. La mudanza es fuera del área de servicio de mi plan actual o tengo nuevas opciones disponibles.
☐ SNP	Se me ha notificado que ya no soy elegible para mi Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad y estoy en un período considerado de elegibilidad continuada o me desafiliaron de mi Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad en los últimos tres meses debido a un cambio o pérdida de Medicaid.
☐ 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 al mes a lo largo de cada 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).
☐ EOC	Mi plan Medicare Advantage (MA) actual finaliza su contrato para el próximo año contractual. Tenga en cuenta: Este SEP solo es válido del 8 de diciembre al último día del mes de febrero.
☐ OTH	Ninguna de las declaraciones anteriores se aplica en mi caso. No obstante, considero que mis circunstancias especiales permiten realizar una excepción para mi inscripción. CarePlus se comunicará con usted para determinar si se puede otorgar una excepción. Debe incluir el motivo a continuación.

Notas (en caso de OTH):

Los asteriscos (*) indican campos obligatorios

NÚMERO DE MEDICARE DEL SOLICITANTE*

N A E N - A E N - A A N N

Selección de plan

Proporcione a continuación la información del plan correspondiente al plan médico que desea. Puede encontrar información sobre los planes en su Resumen de beneficios.

CONTRATO* PBP* SEGMENTO
H 1 0 1 9 0 0

Proporcione la prima mensual básica para este plan según el Resumen de beneficios. Esta cantidad nos ayuda a identificar el plan que desea y no debe incluir las multas por inscripción tardía ni los pagos de otras partes, como Medicaid.

PRIMA MENSUAL BÁSICA*
\$.

Seleccione una opción a continuación que se corresponda con los detalles del plan que proporcionó anteriormente. Consulte el Resumen de beneficios o a su agente para obtener ayuda.

Quisiera UNA de las siguientes opciones:*

- ☐ CareNeeds Extra HMO D-SNP
- ☐ CareNeeds Plus HMO D-SNP
- ☐ CareNeeds Platinum HMO D-SNP

Se requiere elegibilidad para Medicaid para todos los Planes de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad.

NÚMERO DE MEDICAID

Al marcar este óvalo, declaro que he recibido materiales de adjudicación para una futura fecha de entrada en vigencia de Medicaid.

Si tendrá otra cobertura para medicamentos recetados (como VA o TRICARE) además de este plan en el que solicita inscribirse, rellene este óvalo.*

☐ Tendré otra cobertura para medicamentos recetados

Proporcione aquí los detalles de su otra cobertura para medicamentos recetados, si corresponde.

NOMBRE DE LA OTRA COBERTURA

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE ESTA COBERTURA

NÚMERO DE GRUPO DE ESTA COBERTURA

Una vez inscrito, ¿trabajarán usted o su esposo(a)? ☐ Sí ☐ No

Idioma escrito preferido (cuando esté disponible)

☐ Inglés

☐ Español

☐ Chino (simplificado)

☐ Chino (tradicional)

☐ Coreano

☐ Otro

Idioma verbal preferido

☐ Inglés

☐ Español

☐ Mandarín

☐ Cantonés

☐ Coreano

☐ Otro

Si se necesita un formato accesible, seleccione una opción. Si no se selecciona ninguno, recibirá materiales impresos con fuente estándar.

☐ Sistema braille ☐ Letras grandes (16 puntos o más) ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Llame al Departamento de servicios para afiliados al 1-800-794-5907 (TTY: 711) si necesita información en otro formato o idioma.

SELECCIONE UNA OPCIÓN DE PAGO DE PRIMA. Puede pagar la prima mensual del plan o la multa por inscripción tardía mediante deducciones automáticas de su cuenta bancaria, deducciones automáticas de su cheque de beneficios de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés). También puede optar por pagar por correo postal utilizando un talonario de pago. Si no elige una opción de deducción automática, o su solicitud de deducción automática no puede ser procesada, o no selecciona ninguna opción de pago, recibirá un talonario de pago con instrucciones para pagar por correo postal.

Deducción automática de cuenta bancaria

Información de la cuenta bancaria (complete esta sección solo si seleccionó Deducción automática de cuenta bancaria como opción de pago).

Cuenta de cheques

Cuenta de ahorros

NOMBRE DEL BANCO

NÚMERO DE RUTA BANCARIA

NÚMERO DE CUENTA

FOR _____

001925097 213775710 186

Número de ruta
bancaria

Número de cuenta

Deducción del cheque de beneficios del Seguro Social (vea la nota más abajo)

Deducción del cheque de beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (vea la

nota más abajo) Actualmente debe estar recibiendo un cheque de beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios para ser elegible para esta opción de pago.

TENGA EN CUENTA: Debido a los plazos de procesamiento exigidos por Medicare, el pago de la prima del primer mes no puede ser deducido de la SSA o la RRB. Si esto ocurre, CarePlus intentará iniciar sus deducciones de la SSA o la RRB lo antes posible y le enviará una factura por cualquier mes en que la SSA o la RRB no deduzcan sus primas. Si se acepta, las deducciones de la prima por parte de la SSA o la RRB pueden tardar hasta 3 pagos de beneficios en comenzar. Si Medicare, la SSA o la RRB no acepta su solicitud de deducción, recibirá un talonario de pago con instrucciones para pagar por correo postal o elegir otra opción de deducción automática.

Talonnario de pago

Si seleccionó talonario de pago como opción de pago, puede pagar con la antelación que desee.

Si se le cobra una Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA, por sus siglas en inglés), la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar esta cantidad extra, además de la prima del plan. NO pague a CarePlus la IRMAA de la Parte D.

Los asteriscos (*) indican campos obligatorios

NÚMERO DE MEDICARE DEL SOLICITANTE*

N A E N - A E N - A A N N

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

FIRMA DEL SOLICITANTE* o representante legal autorizado (incluidos poder legal válido, tutor legal, etc.)

FECHA DE LA FIRMA*

M M - D D - 2 0 A A

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en este formulario de inscripción significa que he leído y comprendido 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 ISN

DIRECCIÓN

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO RELACIÓN CON EL SOLICITANTE

() -

SOLO PARA PERSONAS QUE AYUDEN A UN SOLICITANTE A COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Complete esta sección si usted es una persona (por ejemplo, agente, corredor, asesor de SHIP, familiar u otro tercero) que ayuda a un solicitante a llenar este formulario.

NOMBRE FIRMA

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE NÚMERO NACIONAL DEL PRODUCTOR (SOLO AGENTES/CORREDORES)

SOLO PARA USO DEL AGENTE

TIPO DE CITA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ALCANCE DE LA CITA

NOMBRE DEL AGENTE DE SUSCRIPCIÓN*

NÚMERO DEL AGENTE (SAN)* FECHA*

M M - D D - 2 0 A A

SOCIO AFFINITY CAMPAÑA

NOMBRE DEL AGENTE QUE HACE EL REFERIDO

NÚMERO DEL AGENTE QUE HACE EL REFERIDO (SAN) CONTRATO* PBP* SEGMENTO

H 1 0 1 9 0 0

¿Le importaría indicarnos si usted o algún miembro de su familia es veterano?

Lo soy Esposo(a) Dependiente No soy un veterano(a) Prefiere no responder

ORIGEN DEL CLIENTE POTENCIAL*

Libro de negocios Evento Mercadeo/publicidad Tercero CarePlus



[es-www.CarePlusHealthPlans.com](https://www.CarePlusHealthPlans.com)