



Formulario de solicitud de inscripción individual

Comuníquese con First Choice VIP Care si necesita información en otro idioma o formato (por ejemplo, braille).

¿Quién puede usar este formulario?	Las personas con Medicare que quieran unirse a un plan Medicare Advantage.
Para unirse a un plan, debe cumplir estos requisitos:	- Ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en los Estados Unidos. - Vivir en el área de servicio del plan. Importante: Para unirse a un plan Medicare Advantage, debe contar con estas dos partes: - Medicare Parte A (seguro de hospital). - Medicare Parte B (seguro médico).
¿Cuándo uso este formulario?	Puede unirse a un plan: - Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que comienza el 1.º de enero). - Dentro de los tres meses de tener Medicare por primera vez. - En ciertas situaciones cuando se le permite unirse a un plan o cambiar de plan Visite www.medicare.gov para obtener más información sobre los períodos para inscribirse en un plan.
¿Qué necesito para completar este formulario?	- Su número de Medicare (el número en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare). - Su domicilio permanente y número de teléfono Nota: Debe completar todos los puntos de la sección 1. Los puntos de la sección 2 son opcionales: no le pueden negar la cobertura por no completarlos.
Recordatorios:	Si quiere unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre inclusive. Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Usted puede optar por suscribirse para que le deduzcan los pagos de las primas de su cuenta bancaria o de sus beneficios mensuales del Seguro Social (o Junta de Retiro Ferroviario).
¿Qué sucede luego?	Envíe su formulario completado y firmado a: First Choice VIP Care P.O. Box 7137 London, KY 40742-9732 Una vez que procesen su solicitud para unirse al plan, se comunicarán con usted.
¿Cómo puedo recibir ayuda para completar este formulario?	Llame a First Choice VIP Care al 1-833-961-3723. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. En español: Llame a First Choice VIP Care al 1-833-961-3723/711 (TTY) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.
Personas sin hogar	Si desea unirse a un plan, pero no tiene residencia permanente, podrían considerarse su dirección de residencia permanente una casilla postal, una dirección de un albergue o clínica o la dirección en la que recibe el correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social).

De acuerdo con la Ley de reducción de trámites de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de OMB. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo que se requiere para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes y recolectar los datos necesarios, además de completar y revisar la información recopilada. Si tiene algún comentario relacionado con la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850. **IMPORTANTE: no envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamos, pagos, historial médico, etc.) a la oficina de autorización de la PRA (Ley de reducción de trámites). Se eliminará cualquier elemento que recibamos que no sea relativo a cómo mejorar este formulario o el esfuerzo que supone su recopilación (descritos en OMB 0938-1378). No se guardará, revisará ni enviará al plan. Consulte la sección "¿Qué sucede luego?" en esta página para enviar su formulario completado al plan.**

SECCIÓN 1: TODOS LOS CAMPOS EN ESTA PÁGINA SON OBLIGATORIOS (A MENOS QUE SE INDIQUEN COMO OPCIONALES).

SELECCIONE EL PLAN AL QUE DESEA UNIRSE:

☐ First Choice VIP Care (HMO-SNP) (SC01): \$0 al mes

Apellido:	Nombre:	Inicial media (opcional):	☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta.
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)		Sexo: ☐ M ☐ F	
Número de teléfono:			
Dirección de la residencia permanente (no ingresar una casilla postal. Nota: Para personas sin hogar, una casilla postal podría considerarse su dirección de residencia permanente):			
Ciudad:			
Condado (opcional):		Estado:	Código postal:
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN DE RESIDENCIA PERMANENTE) (Se permite casilla postal)			
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:

SU INFORMACIÓN DE MEDICARE

Número de Medicare:

RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como VA, TRICARE), además de First Choice VIP Care?

☐ **Sí** ☐ **No**

Nombre de la otra cobertura:

Número de miembro para esta cobertura:

Número de grupo para esta cobertura:

¿Está inscrito en el programa estatal de Medicaid?

☐ **Sí** ☐ **No**

Si respondió "Sí", brinde su número de Medicaid:

IMPORTANTE: LEA Y FIRME ABAJO

- Debo conservar tanto la cobertura de hospital (Parte A) como la cobertura médica (Parte B) para permanecer en First Choice VIP Care
- Al inscribirme en este plan de Medicare Advantage (MA), entiendo que First Choice VIP Care compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para efectuar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoricen la recopilación de esta información (consulte a continuación la Declaración de la Ley de Privacidad). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solamente puedo estar inscrito en un solo plan de MA a la vez y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA. (Se aplican excepciones en los planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que, cuando comience mi cobertura de First Choice VIP Care, debo obtener todos los beneficios médicos y de medicamentos con receta de First Choice VIP Care. Se cubrirán los beneficios y los servicios prestados por First Choice VIP Care indicados en el documento "Evidencia de cobertura" de First Choice VIP Care (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni First Choice VIP Care pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que, si deliberadamente brindo información falsa en este formulario, seré desafiliado del plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada a actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendido su contenido. Si un representante autorizado (como se describe anteriormente) firma esta solicitud, la firma certificará lo siguiente:
 - 1) Esta persona está autorizada de acuerdo con la ley estatal para completar la inscripción, y
 - 2) La documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Medicare.

Firma:		Fecha de hoy:	
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:			
Nombre:			
Dirección:			
Número de teléfono:		Relación con el inscrito:	

SECCIÓN 2: todos los campos en esta página son opcionales.

Responder estas preguntas es su decisión. No le pueden negar la cobertura por no completarlos.

Seleccione uno si desea que le enviemos información en un formato accesible.

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

Comuníquese con First Choice VIP Care al **1-833-961-3723** si necesita información en un formato accesible distinto de los indicados arriba. Estos son nuestros horarios de atención del 1.º de octubre al 31 de marzo: de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.

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

Indique su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro médico:

☐ Soy paciente actual de este proveedor.

Correo electrónico:

Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico (seleccione uno o más).

Comunicaciones relacionadas con:

☐ Educación en salud ☐ Recordatorios de salud

☐ Otra información (especificar):

Para personas que estén ayudando a inscritos a completar este formulario únicamente

Complete esta sección si usted es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores del SHIP, familiares u otros terceros) que está ayudando a un inscrito a completar este formulario.

Nombre:

Firma:

Relación con el inscrito:

Número de Productor Nacional (solo agentes/corredores):

Office use only:		
Name of staff member, agent, or broker (if assisted in enrollment):		
Plan ID number: 001	Effective date of coverage:	
Application date:		
☐ ICEP/IEP	☐ AEP	☐ SEP
☐ MA OEP		
Not eligible:	Other:	
NIPR number:	Agent ID:	Agent writing number:
Agent signature:		

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar el seguimiento de la inscripción del beneficiario en planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y efectuar el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley de Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 Y 422.60 autorizan a recopilar dicha información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar información sobre la inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)", Sistema núm. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

CERTIFICACIÓN DE APTITUD PARA UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN

Por lo general, puede inscribirse en un plan de Medicamentos con Receta de Medicare solo durante el período de inscripción anual, que va desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Sin embargo, hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicamentos con Receta de Medicare fuera de este período.

Lea las siguientes afirmaciones atentamente y marque la casilla si se aplica a su situación.

Al marcar cualquiera de estas casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, usted cumple con los requisitos para un período de inscripción. Si en el futuro determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

Nuevo en Medicare o cambio en su cobertura

- ☐ Estoy realizando mi elección de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre).
- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura acreditable para medicamentos con receta ("acreditable" significa que la cobertura tiene estándares similares a la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el _____ (ingrese la fecha).
- ☐ Estoy abandonando o he abandonado la cobertura de empleador o sindicato el _____ (ingrese la fecha).
- ☐ Mi plan está finalizando su contrato con Medicare o Medicare está dando por terminado su contrato con mi plan.
- ☐ En los últimos 12 meses, cancelé una póliza de Medigap para unirme a un plan de Medicare Advantage* por primera vez (*plan de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta).
- ☐ He estado con Medicare, pero acabo de cumplir 65 años o cumpliré 65 años en los próximos tres meses.
- ☐ Mi plan actual fue puesto en liquidación judicial por los CMS debido a dificultades financieras.
- ☐ Me encuentro entre el cuarto y el séptimo mes de mi período de elección inicial.

Cambio reciente de domicilio

- ☐ Recientemente me mudé, o tengo planes de mudarme, fuera del área de servicio de mi plan actual, o me mudé hace poco y este plan es una nueva opción para mí el _____ (ingrese la fecha de mudanza).
- ☐ Hace poco regresé a los Estados Unidos luego de vivir un tiempo prolongado en el exterior. Volví a los Estados Unidos el _____ (ingrese la fecha).
- ☐ Estoy pasando, vivo o recientemente abandoné un centro médico de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos).
- ☐ Pasé, pasaré o me iré del centro el _____ (ingrese la fecha).
- ☐ Recientemente obtuve estatus de residencia legal en los Estados Unidos. Lo obtuve el _____ (ingrese la fecha).
- ☐ Recientemente salí en libertad de la cárcel. Recuperé mi libertad el _____ (ingrese la fecha).

CERTIFICACIÓN DE APTITUD PARA UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN

Cambio en los ingresos o en las necesidades especiales o requisitos del plan

- ☐ Tengo Medicare y recibo todos los beneficios de Medicaid. Quiero sumarme a un plan o cambiarme a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de atención administrada de Medicare y Medicaid (denominado Plan para Necesidades Especiales integrado de Aptitud Doble (D-SNP)).
- ☐ Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) u obtengo Ayuda Extra para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Extra que paga la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (acabo de obtener Ayuda Extra, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Extra o perdí Ayuda Extra) el _____ (ingrese la fecha).
- ☐ Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia que ofrece mi estado.
- ☐ Hace poco dejé un plan PACE (Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad) el _____ (ingrese la fecha).
- ☐ Me inscribieron en un Plan para Necesidades Especiales (SNP), pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Me desafiliaron del SNP el _____ (ingrese la fecha).
- ☐ Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero realizar un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- ☐ Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el _____ (ingrese la fecha).
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (acabo de obtener Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el _____ (ingrese la fecha).
- ☐ Esta es mi primera vez de Derecho a la Parte B.

Otro motivo

- ☐ Estoy en un plan identificado como de bajo desempeño constante.
- ☐ Me estoy inscribiendo en un plan de Medicare de 5 estrellas.
- ☐ Ninguna de las anteriores.

Si ninguna de estas afirmaciones aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con First Choice VIP Care al **1-833-961-3723 (TTY 711)** para saber si cumple con los requisitos para la inscripción. Estamos disponibles del 1.º de octubre al 31 de marzo: de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana; y del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar el seguimiento de la inscripción del beneficiario en planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y efectuar el pago de 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 a recopilar dicha información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar información sobre la inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)", Sistema núm. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.