

El Plan de necesidades especiales para personas con elegibilidad doble CareAdvantage (CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) es un plan de necesidades especiales doble que tiene contrato con Medicare y Medi-Cal. La inscripción en CareAdvantage D-SNP depende de la renovación del contrato.

Llenar esta solicitud es el primer paso para tener acceso a una amplia variedad de beneficios y servicios de atención médica. Además, usted puede ponerse en contacto con un equipo local que le ayudará a usar esos beneficios y así mantenerse saludable.

Unirse a CareAdvantage es muy sencillo. Si desea unirse durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), Health Plan of San Mateo (HPSM) debe recibir su formulario debidamente llenado a más tardar el 7 de diciembre. Puede enviar este formulario a HPSM en tres formas:

Correo postal:

Health Plan of San Mateo
C/O Marketing
801 Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, CA 94080

,

Email:

Fotografíe o escanee cada página
y envíe como archivo adjunto a
sales@hpsm.org

,

Fax:

650-829-2015

¿Quiénes pueden llenar este formulario? Las personas que tienen **solamente** la cobertura de salud de las Partes A y B de Medicare y Medi-Cal de HPSM

¿Cuándo tengo que usar este formulario? Puede llenar este formulario para unirse a CareAdvantage en las siguientes ocasiones:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que se inicia el 1 de enero del año siguiente)
- Durante los 3 meses siguientes a obtener la cobertura de Medicare por primera vez
- En algunas situaciones en las que se le permite unirse a un plan o cambiar de plan (obtenga más información en www.medicare.gov)

¿Qué necesito para llenar este formulario? Necesitará su número de Medicare (el de la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare), su número de Medi-Cal, su dirección y número de teléfono. *Si no tiene dirección permanente, una casilla postal, la dirección de un refugio o clínica o una dirección donde reciba correspondencia (cheques del Seguro Social, etc.), puede considerarse su dirección permanente.*

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario? El equipo de especialistas en Medicare de HPSM está listo para ayudarle a inscribirse en CareAdvantage. Llámelos al **1-888-252-3153** (sin costo) o al **650-616-1500** de lunes a viernes de 9 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-855-3000** o marcar **7-1-1**.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún documento que contenga su información personal (como reclamos, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes (Reports Clearance Office) de la Ley de reducción de papeleo (PRA, por sus siglas en inglés). Se destruirá todo documento que recibamos que no tenga como fin mejorar este formulario o su carga de recopilación (según se describe en OMB 0938-1378). No se conservará, ni se evaluará ni se remitirá al plan.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE CONFIDENCIALIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y el Título 42 del CFR, secciones 422.50 y 422.60, autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare tal como se especifica en el Aviso del sistema de registros (SORN, por sus siglas en inglés) "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)"; Número de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, el no responder puede afectar la inscripción en el plan.

De conformidad con la Ley de reducción de papeleo (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a la recopilación de información a menos que la misma exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para la recopilación de esta información es 0938-1378. Se estima que el tiempo requerido para completar esta información es de un promedio de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para leer las instrucciones, realizar búsquedas en los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios con respecto a la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, sírvase escribir a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Háblenos sobre usted (todos los campos son obligatorios, a menos que se identifiquen como opcionales):

Primer nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre <i>(opcional)</i>			
	Masculino	Femenino			
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo		Teléfono		
Dirección del hogar <i>(donde usted vive)</i>	Ciudad	Estado	Código postal	Condado <i>(opcional)</i>	
Dirección postal <i>(en caso de ser distinta a la del hogar)</i>	Ciudad	Estado	Código postal	Condado <i>(opcional)</i>	
Dirección de email	Contacto en caso de emergencia	Teléfono del contacto en caso de emergencia			
Número de Medicare <i>(Esta información se encuentra en el frente de su tarjeta.)</i>		Número de Medi-Cal <i>(Esta información se encuentra en el frente de su tarjeta.)</i>			
¿Usted trabaja?	Sí	No	¿Su cónyuge trabaja?	Sí	No

Otra cobertura de medicamentos con receta

¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de CareAdvantage? Sí No

Nombre de la cobertura	Número de identificación de miembro	Número de identificación de grupo
Fecha de inicio (MM/DD/AAAA)		

IMPORTANTE: Lea lo siguiente y firme para confirmar que lo comprende:

- Para permanecer en CareAdvantage, debo conservar los beneficios tanto de las Partes A y B de Medicare como de Medi-Cal de HPSM.
- Solo puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage a la vez. La inscripción en cualquier otro plan finalizará en forma automática cuando me inscriba en CareAdvantage (las excepciones son los planes MA PFFS, MA MSA).
- CareAdvantage compartirá mi información con Medicare, que la puede usar para hacer un seguimiento de mi inscripción, para hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (vea Declaración de la ley de confidencialidad). Su respuesta a este formulario es voluntaria, pero el no responder puede afectar su inscripción en CareAdvantage.
- Cuando comienza mi cobertura de CareAdvantage, debo recibir todos mis beneficios de atención médica y de medicamentos con receta de parte de CareAdvantage. Los beneficios y servicios proporcionados por CareAdvantage y contenidos en mi Evidencia de cobertura (EOC) (también llamada Manual del miembro) estarán cubiertos. Ni Medicare ni CareAdvantage pagará por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información incluida en este formulario es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si de forma intencional proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi membresía en CareAdvantage.
- Mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en este formulario significa que lo he leído y que entiendo su contenido. Si es firmado por un representante autorizado (según se describió anteriormente), esta firma certifica que esta persona está autorizada de conformidad con la ley estatal para llevar a cabo esta inscripción y que los documentos de esta autoridad están disponibles a solicitud de Medicare o Medi-Cal.

Su firma _____ Fecha _____

Nombre del representante (escriba con letra de molde) _____ Firma del representante _____

Dirección del representante _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado *(opcional)* _____

Relación con la persona inscrita _____ Teléfono del representante _____ Fecha de hoy _____

Información adicional

Responder estas preguntas es opcional. No se le puede negar la cobertura por el hecho de que no las responda.

¿Es usted hispano, latino o de origen español? Marque todas las opciones que correspondan

No, no soy hispano, latino ni de origen español

Sí, mexicano, mexicanoamericano, chicano

Sí, puertorriqueño

Sí, cubano

Sí, soy de otro origen hispano, latino o español

Prefiero no responder.

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

Indígena norteamericano o nativo de Alaska

Indoasiático

Negro o afroamericano

Chino

Filipino

Natural de Guam o Chamorro

Japonés

Coreano

Nativo de Hawái

Otro origen asiático

Otro isleño del Pacífico

Samoano

Vietnamita

Blanco

Prefiero no responder.

¿Cuál es el idioma de su preferencia?

Inglés

Español

Tagalo

Chino

Ruso

Otro (por favor diga cuáles):

¿Desea que se le envíe información en el idioma de su preferencia?

Sí

No

¿Necesita que se le envíe información en otro formato accesible? En caso afirmativo, seleccione una respuesta:

Letra grande

Braille

CD de audio

Otro:

Comuníquese con CareAdvantage al **1-866-880-0606** si necesita información en un formato accesible que no sea ninguno de los indicados con anterioridad. Nuestro horario de oficina es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**).

Nombre de su Proveedor de atención primaria, clínica o centro de salud actual:

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración corresponde a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un Período de inscripción. Si más adelante se determina que esta información es incorrecta, es posible que se anule su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio para mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (ingresar fecha) _____.
- Recientemente fui liberado de la cárcel. Fui liberado el (ingresar fecha) _____.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente en el exterior. Regresé a los Estados Unidos el (ingresar fecha) _____.
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (ingresar fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (hace poco que tengo Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (ingresar fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (hace poco que recibo Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (ingresar fecha) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no tuve un cambio.
- Me estoy mudando a un centro de atención de larga duración (por ejemplo, una residencia de ancianos o un centro de atención de larga duración), vivo allí o me fui hace poco de allí. Me mudé/me mudaré del/al centro el (ingresar fecha) _____.
- Recientemente dejé un programa PACE el (ingresar fecha) _____.

- Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (ingresar fecha) _____.
- Dejo la cobertura del empleador o sindicato el (ingresar fecha) _____.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir otro plan. Mi inscripción en ese plan comenzó el (ingresar fecha) _____.
- Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) pero perdí la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Anularon mi inscripción en el SNP el (ingresar fecha) _____.
- Me afectó una emergencia relacionada con las condiciones climáticas o un desastre mayor (según la declaración de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA]). Una de las declaraciones mencionadas correspondió a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones corresponde a su caso o tiene dudas, comuníquese con la Unidad CareAdvantage llamando al **1-866-880-0606** (llamada gratuita) o al **650-616-2174**. Los usuarios de TTY pueden usar el Servicio de Retransmisión de California (California Relay Service, CSR) llamando al **1-800-855-3000** o marcar **7-1-1** para consultar su elegibilidad para inscribirse. El horario de atención es de lunes a domingos, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.