HealthPlan OF SAN MATEO
CareAdvantage
Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP)

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

OMB Núm. 0938-1378 (Vence el 12/31/2026)

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. Puede enviar este formulario a HPSM en dos formas:

Correo postal:
Health Plan of San Mateo
C/O Medicare Specialists
801 Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, CA 94080

o,

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:

- 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.

HealthPlan OF SAN MATEO

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

H6019_Enrollment_E 2026

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

Primer nombre | Apellido | Inicial del segundo nombre *(opcional)*

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) | Sexo: Masculino Femenino | Teléfono

Dirección del hogar *(donde usted vive)* | Ciudad | Estado | Código postal | Condado *(opcional)*

Dirección postal *(en caso de ser distinta a la del hogar)* | Ciudad | Estado | Código postal | Condado *(opcional)*

Dirección de email | Contacto en caso de emergencia | Teléfono del contacto en caso de emergencia

Número de Medicare (Esta información se encuentra en el frente de su tarjeta.) | Número de Medi-Cal (*Esta información se encuentra en el frente de su tarjeta.)*

¿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

En caso afirmativo, complete la información a continuación:

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 y completa los puntos del otro lado de la página:

- 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

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**). **ARTÍCULOS COMPLETOS AL DORSO**

Información adicional

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

¿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 CD de datos

Otro: _____

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

National Producer Number (NPN):
(Solo para uso interno) _____