



Formulario de inscripción

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean unirse a un Plan Medicare Advantage.

Para unirse a un plan, debes:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para unirse a un Plan Medicare Advantage, también debes tener ambos:

- Medicare Part A (Seguro Hospitalario)
- Medicare Part B (Seguro Médico)

¿Cuándo puedo utilizar este formulario?

Puedes unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que comienza el 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de obtener Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se permite unirse o cambiar de plan

Visita [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puedes inscribirte en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Tu número de Medicare (el número que aparece en tu tarjeta de Medicare roja, blanca y azul)
- Tu dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debes completar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales; no se te puede negar la cobertura por no completarlos.

Recordatorios:

- Si deseas unirse a un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (15 de octubre al

7 de diciembre), el plan debe recibir tu formulario completo antes del 7 de diciembre.

- Tu plan te enviará una factura por la prima del plan. Puedes optar por inscribirte para que los pagos de tu prima se deduzcan de tus beneficios mensuales del Seguro Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario).

¿Qué sucede después?

Envía tu formulario completo y firmado a:

Por correo:

GlobalHealth, Inc.
P.O. Box 1678
Oklahoma City, OK 73101

Por Fax: 405-280-5455

Por correo electrónico:

brokersupport@globalhealth.com

Una vez que procesen tu solicitud de inscripción, nos comunicaremos contigo.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llama a GlobalHealth al 1-844-280-5555. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O, llama a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En inglés: Call GlobalHealth at 1-844-280-5555. TTY users can call 711. Or call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

Personas sin hogar

- Si deseas unirse a un plan, pero no tienes una residencia permanente, la casilla de correo (Post Office Box), dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibes el correo (por ejemplo, cheques del seguro social), puede ser considerada como tu dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo requerido 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, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tienes algún comentario sobre la exactitud de la(s) estimación(es) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escribe a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850. **IMPORTANTE** No envíes este formulario ni ningún artículo con tu información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Cualquier artículo que recibamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o la carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni reenviará al plan. Verifica la sección "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar tu formulario completo al plan.

Sección I - Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que se marquen como opcionales)

Selecciona el plan al que deseas unirte:

- ☐ Generations Classic Rewards (HMO): \$0 mensual
☐ Generations Valor (HMO)*: \$0 mensual
☐ Generations Classic Plus (HMO): \$0 mensual
 *(Solo plan MA, sin cobertura de medicamentos)

- ☐ Generations Chronic Care (HMO C-SNP): \$0 mensual
☐ Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP): \$0 mensual
☐ Generations Dual Support (HMO D-SNP)**: \$0 mensual
☐ Generations Dual Premier (HMO D-SNP)**: \$0 mensual
 ** (Solo QMB, QMB+, SLMB+ y FBDE)

APELLIDO:

NOMBRE:

Inicial del segundo nombre:

Sexo:
☐ Masculino
☐ Femenino

Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

Número de teléfono: _____

Dirección de residencia permanente: (No ingreses un apartado postal. Nota: Para personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse como su dirección de residencia permanente).

Calle _____ Número de casa/apartamento _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección de correo postal, si es diferente a tu dirección permanente: (Se permite apartado postal)

Calle _____ Número de casa/apartamento _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección de correo electrónico (opcional): _____

Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico.

- ☐ Evidencia de Cobertura ☐ Formulario (Lista de Medicamentos Cubiertos) ☐ Directorio de Proveedores ☐ Directorio de Farmacias ☐ Resumen de Beneficios

Su información de Medicare:

Número de Medicare _____ - _____ - _____

Responde estas preguntas importantes:

¿Tendrás otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de GlobalHealth? ☐ Yes ☐ No

Nombre de la otra cobertura: _____ Número de afiliado para esta cobertura: _____ Número de grupo para esta cobertura: _____

Elige el NOMBRE de un Médico de Primario (PCP), Clínica o Centro de Salud:

Número de identificación del PCP: _____

NOMBRE

Inicial del segundo nombre:

APELLIDO

¿Eres un paciente existente de este PCP? ☐ Yes ☐ No

Criterios de los Planes de Necesidades Especiales Duales: Si estás solicitando alguno de los siguientes planes, proporciona tu ID de Medicaid.

ID de Medicaid # _____

- Generations Dual Support (HMO D-SNP)
- Generations Dual Premier (HMO D-SNP)

Criterios de los Planes de Necesidades Especiales Crónicas: Si está solicitando alguno de los siguientes planes, complete el "Formulario de Precalificación del Plan de Necesidades Especiales Crónicas (SNP)" adjunto al final de este Formulario de Solicitud.

- Generations Chronic Care (HMO C-SNP)
- Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)

IMPORTANTE: Lee y firma abajo:

- Debo quedarme con ambos el Seguro Hospitalario (Parte A) como el Seguro Médico (Parte B) para permanecer en GlobalHealth.
- Al unirme a este Plan Medicare Advantage, reconozco que GlobalHealth compartirá mi información con Medicare, quien podrá usarla para rastrear mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulta la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- Tu respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- La información de este formulario de inscripción es correcta a mi entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, será dado de baja del plan.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de GlobalHealth, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de GlobalHealth. Los beneficios y servicios proporcionados por GlobalHealth y contenidos en mi documento de "Evidencia de Cobertura" de GlobalHealth (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni GlobalHealth pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si la firma un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
 1. Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y
 2. La documentación de esta autoridad está disponible, según solicitado por Medicare.

Firma: _____

Fecha de hoy: D D M M A A A A

Si es usted un representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

APELLIDO: _____ **NOMBRE:** _____ Inicial del segundo nombre: _____

Dirección de residencia permanente I: (No coloque un apartado postal)

Número de calle _____ Nombre de la calle _____ Número de lote/apartamento _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Número de teléfono: _____ **Relación con el Beneficiario:** _____

Sección 2 - Todos los campos a continuación son opcionales

Responder a estas preguntas es tu elección. No se te puede negar la cobertura por no completarlas.

Selecciona uno si deseas que te enviemos la información en un idioma que no sea inglés

☐ Español Otro: _____

Selecciona uno si desea que te enviemos información en un formato accesible.

☐ Letra grande ☐ CD de Audio ☐ Braille ☐ CD de datos

Comunícate con GlobalHealth al 1-844-280-5555 si necesitas información en un formato accesible diferente a los mencionados anteriormente. Nuestro horario de servicio es de 8 a.m. a 8 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, y de 8 a.m. a 8 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabajas? ☐ Sí ☐ No ¿Tu cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

Pago de las primas de tu plan

Puedes pagar la prima mensual de tu plan (incluyendo cualquier penalización por inscripción tardía que tengas actualmente o que debas) por correo cada mes. También puedes optar por pagar tu prima haciendo que se deduzca automáticamente de tu beneficio mensual del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

Si no seleccionas una opción de pago, recibirás una factura cada mes.

Selecciona una opción de pago de prima:

☐ Recibir una factura

Deducción automática de tu beneficio mensual del:

☐ Cheque de beneficios del Seguro Social, o

☐ Cheque de beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

Si tienes que pagar un Monto de Ajuste Mensual Relacionado a los Ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA), debes pagar esta cantidad adicional además de la prima de tu plan. NO pagues la PartD-IRMAA a GlobalHealth.

¿Alguien que no sea un agente de ventas te ayudó a completar este formulario?

Completa esta sección si eres una persona (es decir, consejeros de SHIP, familiares u otros terceros) que está ayudando a un beneficiario a completar este formulario.

Nombre: _____ Relación con el beneficiario: _____

Firma: _____ Número de productor nacional (solo agentes/corredores): _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA/AGENTE:

Nombre del miembro del personal/agente/corredor (si ayudó en la inscripción): _____ ID del agente: _____

Fecha de vigencia (DD/MM/AAAA) _____/_____/_____/_____	Firma del agente: _____
	Tipo de elección: ☐ ICEP/IEP ☐ AEP ☐ MA OEP ☐ SEP (type) _____ ☐ No califica

Agencia del agente: _____

Nombre del agente: (Nombre) _____ (Apellido) _____ ID del agente: _____

TR K-1 ☐ Referido por proveedor ☐ Referido por miembro ☐ Sitio web de la empresa ☐ Correo directo ☐ Cuenta propia
☐ Evento comunitario local ☐ Medios (TV, anuncio de noticias, revista) ☐ Seminario ☐ Seguimiento del seminario

TR K-2 ☐ Cita personal; Tarjeta de respuesta de beneficios (SOA/BRC) ☐ Sin cita previa (SOA) ☐ Evento formal (Enviar)
☐ Solicitud enviada por correo por el beneficiario ☐ Evento informal (SOA)

Confirmación de solicitud en línea/telefónica: _____

Fecha de recepción: _____ Número de Identificación del afiliado: _____

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para rastrear la inscripción de beneficiarios en los Planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 de la Ley de Seguridad Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.