

# Formulario de solicitud de inscripción de Group Medicare Advantage

## ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare y quieren unirse a un plan de Group Medicare Advantage.

**Para unirse a un plan, debe:**

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o tener residencia legal en ese país.
- Vivir en el área de servicios del plan.

Importante: Para unirse a un plan de Group Medicare Advantage, su administrador de grupo debe determinar que usted es elegible para inscribirse y también debe contar con ambos:

- La Parte A de Medicare (seguro de hospital)
- La Parte B de Medicare (seguro médico)

## ¿Cuándo uso este formulario?

Consulte sus materiales de inscripción para obtener información sobre cuándo puede inscribirse en este plan de Group Medicare Advantage.

Nota: Si usted y su cónyuge o un dependiente elegible para Medicare están presentando una solicitud, cada uno de ustedes deberá completar un formulario de solicitud de inscripción por separado.

## ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta de Medicare de color rojo, blanco y azul)
- Su domicilio de residencia permanente y su número de teléfono

Nota: debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura porque no los complete.

Según la Ley de reducción de papeleo de 1995 (Paperwork Reduction Act), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que incluya un número de control válido de OMB. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo necesario para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de los plazos estimados o tiene 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 otro documento con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Los documentos que obtengamos y que no traten sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación de información (según se describe brevemente en OMB 0938-1378) serán destruidos. No se conservarán, revisarán ni reenviarán al plan. Consulte la sección "¿Qué sucede luego?" que aparece en esta página para enviar su formulario completo al plan.

## ¿Qué sucede luego?

**Debe enviar el formulario completo y firmado a:**

District of Columbia  
 Department of Human Resources  
 1015 Half Street, S.E. 9th Floor  
 Washington, DC 20003

## ¿Tiene alguna pregunta?

**Para preguntas sobre elegibilidad e inscripción, llame al:**

DC HR Benefits Administration: 202-442-7627  
 Monday through Friday, 8:30 am - 5:00 pm ET

**Si tiene preguntas sobre el plan de beneficios, llame a:**

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage  
 833-320-2664 (TTY: 711)  
 De lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. ET

## Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o una clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, cheques del seguro social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

**SECCIÓN 1: TODOS LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN SON OBLIGATORIOS (A MENOS QUE SE LOS MARQUE COMO OPCIONALES)**

Seleccione el plan al cual desea unirse:

Plan de seguro médico grupal CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage (PPO)

**INFORMACIÓN DE CONTACTO**

Nombre del empleador o grupo sindical:

NOMBRE:	APELLIDO:	Inicial del segundo nombre (opcional):
---------	-----------	--

Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	Teléfono particular:	Teléfono celular (opcional):
----------------------	---	----------------------	------------------------------

Dirección de residencia permanente (para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección permanente):	Condado:
--	----------

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Dirección de correo postal, en caso de ser diferente a la dirección de residencia permanente (se puede ingresar apartado postal):

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Dirección de correo electrónico: (opcional)

**INFORMACIÓN DE MEDICARE**

Número de Medicare:	Fecha de entrada en vigencia de la parte A:	Fecha de entrada en vigencia de la parte B:
---------------------	---	---

**RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES**

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como VA o TRICARE) además de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage?    Sí    No

Nombre de otra cobertura:	Número de afiliado para esta cobertura:
---------------------------	---

**SECCIÓN 1: TODOS LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN SON OBLIGATORIOS (A MENOS QUE SE LOS MARQUE COMO OPCIONALES)**

Número de grupo para esta cobertura:

**SECCIÓN 2: TODOS LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN SON OPCIONALES**

Responder a estas preguntas depende de usted. No se le puede negar la cobertura porque no las responda.

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

- No, no soy de origen hispano, latino o español     Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano/a  
 Sí, puertorriqueño/a     Sí, cubano/a     Sí, soy de otro origen hispano, latino o español  
 **Elijo no responder**

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

- Indio americano o nativo de Alaska     Indio asiático     Negro o afroamericano     Chino  
 Filipino     Guameño o chamorro     Japonés     Coreano     Nativo de Hawái  
 Otros asiáticos     Otros isleños del Pacífico     Samoano     Vietnamita     Blanco  
 **Elijo no responder**

¿Cuál es su género? Seleccione una opción.

- Mujer    Utilizo un término diferente: \_\_\_\_\_  
Hombre    **Elijo no responder**  
No binario

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo piensas de si mismo? Seleccione una opción.

- Lesbiana o gay    Utilizo un término diferente: \_\_\_\_\_  
Heterosexual, es decir, no gay ni lesbiana    No lo sé  
Bisexual    **Elijo no responder**

Seleccione si desea que le enviemos información en un idioma distinto al inglés.

- Español

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

- Braille     Letra grande     CD de audio     CD de datos

Comuníquese con el número que figura en sus materiales de inscripción si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto al que se indica más arriba.

**SECCIÓN 3: IMPORTANTE: LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN**

- Debo mantener el seguro de hospital (Parte A) y el seguro médico (Parte B) para permanecer en el plan CareFirst BlueCross BlueShield Group Medicare Advantage.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan Medicare Advantage (se aplican excepciones para MA PFFS, MA MSA).
- Al unirme al plan de Group Medicare Advantage, reconozco que CareFirst BlueCross BlueShield Group Medicare Advantage compartirá mi información con Medicare, empresa que podrá usarla para hacer el seguimiento de mi inscripción, realizar pagos y cumplir con otros fines permitidos por la ley federal para la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad que se incluye más abajo).
- Su respuesta en este formulario es voluntaria. Sin embargo, su falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.
- La información que se incluye en el presente formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si brindo información falsa en este formulario a sabiendas, me quitarán la inscripción en el plan.
- Comprendo que cuando mi cobertura de CareFirst BlueCross BlueShield Group Medicare Advantage comienza, debo obtener todos mis beneficios de atención médica y medicamentos con receta de CareFirst BlueCross BlueShield Group Medicare Advantage. También se cubrirán los beneficios y servicios que brinda CareFirst BlueCross BlueShield Group Medicare Advantage y que se incluyen en mi documento "Evidencia de Cobertura" de CareFirst BlueCross BlueShield Group Medicare Advantage (que también se denomina contrato de los afiliados o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni CareFirst BlueCross BlueShield Group Medicare Advantage pagarán por los beneficios o los servicios que no están cubiertos.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona que está legalmente autorizada a actuar en mi representación) en esta solicitud significa que he leído y que entiendo su contenido. En caso de que un representante autorizado la firme (según se describe más arriba), esa firma certifica que:
  - 1) Esta persona está autorizada conforme a la legislación estatal para llenar la presente inscripción.
  - 2) La documentación que la faculta a esa persona está disponible a pedido de Medicare.

Firma	Fecha de Hoy:
<b>Si usted es el representante autorizado, firme más arriba y complete esos campos.</b>	
Nombre:	Dirección:
Número de teléfono	Relación con el afiliado:

<b>NOMBRE DEL EMPLEADOR/GRUPO</b>	
Nombre del empleador o grupo sindical:	
Nombre/número del subgrupo (si corresponde):	Nombre del empleador/grupo:
Fecha de recepción por parte del empleador:	Nombre del representante autorizado:

<b>SECCIÓN 4—SOLO PARA PERSONAS QUE AYUDAN AL AFILIADO A COMPLETAR ESTE FORMULARIO</b>	
Complete esta sección si es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores de SHIP, familiares u otros terceros) que ayuda a un inscrito a completar este formulario. miembros de la familia	
Nombre:	Relación con el afiliado:
Firma	Número de productor nacional (solo agentes/corredores):

## DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) reúnen la información de los planes de Medicare para hacer el seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y efectuar el pago de los beneficios de Medicare. Los artículos 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) y los artículos 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales autorizan la recopilación de esta información. Los CMS podrán usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare, según se especifican en el Sistema de Notificación de Registros (SORN, por sus siglas en inglés) N.º 09-70-0588 que se denomina "Medicamentos con Receta de Medicare Advantage" (MARx, por sus siglas en inglés). Su respuesta en este formulario es voluntaria. Sin embargo, su falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc. y CareFirst Advantage PPO, Inc., que son licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.