

## Formulario de solicitud de inscripción individual para registrarse en un plan Medicare Advantage (Parte C)

### ¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que quieran inscribirse en un plan Medicare Advantage.

### Para unirse a un plan, debe:

- ser ciudadano estadounidense o encontrarse legalmente en Estados Unidos;
- vivir en el área de servicio del plan.

**Importante:** Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario).
- Medicare Parte B (seguro médico).

### ¿Cuándo puedo usar este formulario?

#### Puede unirse a un plan:

- entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para una cobertura a partir del 1 de enero);
- dentro de los 3 meses siguientes al inicio de la cobertura de Medicare;
- en determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan;
- cualquier mes en el que una persona cumpla los requisitos de elegibilidad para el C-SNP para ESRD.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

### ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).
- Su dirección permanente y número de teléfono.

**Nota:** Debe completar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

### Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante el periodo de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de las primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

## Formulario de solicitud de inscripción individual para registrarse en un plan Medicare Advantage (Parte C) (Continuación)

### ¿Cuál es el próximo paso?

Envíe su formulario completo y firmado a:  
Champion Health Plan PO Box 15337  
Long Beach, CA 90815-9995

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se pondrán en contacto con usted.

### ¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Champion Health Plan al 1-800-885-8000. 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 Champion Health Plan al 1-800-885-8000, TTY 711,

o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

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 necesario para completar esta información se estima en una media de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de las estimaciones de tiempo 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 otro elemento con sus datos personales (como reclamaciones, pagos, historia médica, etc.) a la Oficina de Verificación de Informes (Reports Clearance Office) de la PRA. Todos los elementos que recibamos que no traten sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) se destruirán. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte la sección “¿Cuál es el próximo paso?” en esta página para enviar su formulario completo al plan.**

### Personas sin hogar

- Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, se puede considerar que su dirección de residencia permanente es un apartado de correos, la dirección de un centro de acogida o clínica o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, los cheques del Seguro Social).

Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

**SELECCIONE EL PLAN AL QUE DESEA UNIRSE:**

**Champion Advantage (HMO C-SNP) 001**

\$0 por mes

**Champion Connect (HMO C-SNP) 002**

\$41 por mes

**Champion Select (HMO C-SNP) 003**

\$41 por mes

**Inicial del segundo nombre (opcional)**

**PRIMER nombre**

**APELLIDO**




**Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)**

**Sexo**



**Masculino**

**Femenino**

**Número de teléfono**

**Dirección física de residencia permanente (no indique el apartado postal)**

**Condado (opcional)**

**Ciudad**

**Estado**

**Código postal**




**Dirección física si es diferente de su dirección permanente (se permite el apartado postal)**

**Dirección física**

**Ciudad**

**Estado**

**Código postal**





**Su información de Medicare**

**Número de Medicare:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

## Responda estas preguntas importantes:

1) ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además del Champion Health Plan?

Sí.

No.

**Nombre de la otra cobertura**

**Número de miembro de esta cobertura**

**Número de grupo de esta cobertura**

**La inscripción en cualquiera de los planes arriba indicados requiere que tenga determinadas enfermedades crónicas.**

¿Requiere servicios de diálisis?

Sí.

No.

**Nombre del centro de diálisis**

**Dirección del centro de diálisis**

**Número de teléfono**

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

DOBLAR - SUJETAR - CORTAR

## IMPORTANTE: Lea y firme a continuación

- Debo conservar tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para seguir perteneciendo a Champion Health Plan.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que Champion Health Plan compartirá mi información con Medicare, que podrá utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, efectuar pagos y para otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad que figura más abajo). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, la inscripción en el plan puede verse afectada.
- Entiendo que solo puedo inscribirme en un plan MA a la vez y que la inscripción en este plan pondrá fin automáticamente a mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones a los planes MA PFFS y MA MSA).
- Entiendo que cuando inicie mi cobertura de Champion Health Plan, deberé obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Champion Health Plan. Estarán cubiertos los beneficios y servicios provistos por Champion Health Plan y contenidos en el documento de "Evidencia de cobertura" de Champion Health Plan (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni Champion Health Plan pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información que figura en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionadamente información falsa en este formulario, se me dará de baja del plan.
- 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 entiendo el contenido de la misma. Si está firmada por un representante autorizado (según lo descrito anteriormente), esta firma certifica que:
  - 1) esta persona está autorizada por la ley estatal a completar esta inscripción, y
  - 2) la documentación de dicha autorización está disponible a pedido de Medicare.

**Firma del miembro**

**Fecha de hoy**

*Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:*

**Nombre**

**Dirección**

**Número de teléfono**

**Relación con el miembro**

## Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales

Responder a estas preguntas es su elección. No pueden negarle la cobertura por no completarlas.

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No, no soy hispano, latino o de origen español. | <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano(a). |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño.                             | <input type="checkbox"/> Sí, cubano.                                   |
| <input type="checkbox"/> Sí, de otro origen hispano, latino o español.   | <input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder.</b>                 |

### ¿Cuál es su raza? Seleccione todas las que correspondan.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska. | <input type="checkbox"/> Indio asiático.           | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano.        |
| <input type="checkbox"/> Chino.                              | <input type="checkbox"/> Filipino.                 | <input type="checkbox"/> Guamanés o chamorro.          |
| <input type="checkbox"/> Japonés.                            | <input type="checkbox"/> Coreano.                  | <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo.              |
| <input type="checkbox"/> Otro asiático.                      | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico. | <input type="checkbox"/> Samoano.                      |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita.                         | <input type="checkbox"/> Blanco.                   | <input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder.</b> |

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

- Español.

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

- Braille.       Letra grande.       CD de audio.

Póngase en contacto con Champion Health Plan llamando al 1-800-885-8000 si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado anteriormente. Nuestro horario de oficina es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

- ¿Trabaja?**       Sí.       No.      **¿Trabaja su cónyuge?**       Sí.       No.

### Indique su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP)

### Médico tratante principal (nefrólogo)

## Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales

Responder a estas preguntas es su elección. No pueden negarle la cobertura por no completarlas.

**Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o más.**

Evidencia de cobertura (EOC)

Directorio de proveedores/farmacias

Formulario

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### PAGAR LAS PRIMAS DE SU PLAN

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier penalización por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda adeudar) por correo, mediante transferencia electrónica de fondos (EFT) o tarjeta de crédito cada mes.

También puede optar por pagar la prima descontándola automáticamente cada mes de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB). Si tiene que pagar un importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA), deberá abonar este importe adicional además de la prima de su plan. NO pague a Champion Health Plan la Parte D-IRMAA.

#### Para el uso exclusivo de la oficina:

Nombre del miembro del personal/intermediario (si ayudó en la inscripción): \_\_\_\_\_

Número nacional de productor (National Producer Number, NPN) del agente: \_\_\_\_\_

N.º de identificación del plan: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigor de la cobertura: \_\_\_\_\_

Período de elección anual (Annual Election Period, AEP): \_\_\_\_\_

Período de elección de cobertura inicial (Initial Coverage Election Period, ICEP): \_\_\_\_\_

Periodo de inscripción especial (Special Election Period, SEP) (tipo): \_\_\_\_\_

Fecha de recepción del agente: \_\_\_\_\_

Firma del agente de ventas autorizado (obligatoria): \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD:** Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y a efectos del pago de los beneficios de Medicare. Los artículos 1851 de la Ley de Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar los datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare tal como se especifica en la Notificación del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) “Medicamentos recetados de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)”, N.º de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, la inscripción en el plan puede verse afectada.