Núm. 0938-1378 de la OMB

Vence: 7/31/2024

**Prueba 1: FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL MODELO PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE (PARTE D)**

# ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare que quieran inscribirse en un plan de medicamentos con receta   
de Medicare.

**Para inscribirse en un plan, debe cumplir con   
lo siguiente:**

* Ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los EE. UU
* Vivir en el área de servicio del plan

**Importante:** Para inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, también debe tener uno de estos planes o ambos:

* La Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
* La Parte B de Medicare (seguro médico)

# ¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede inscribirse en un plan en los siguiente momentos:

* Del 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 haber estado recibiendo Medicare por primera vez
* En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse en un plan o cambiar de plan

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 figura en la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
* Su dirección y número de teléfono permanentes

**Nota:** Debe completar todos los puntos en la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede denegar la cobertura si no los completa.

# Recordatorios:

* Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del   
  7 de diciembre.
* Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de jubilación para ferroviarios).

# ¿Qué sucede a continuación?

Envíe su formulario completo y firmado a las siguientes direcciones:

<Plan Name>

<Plan address>

<Plan address>

<Plan address>

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

# ¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a <Plan Name> al <phone number>. Los usuarios de TTY pueden llamar al < phone number >.

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE   
(1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al1-877-486-2048.

**En español:** Llame a <Plan Name> al <phone number/TTY> o a Medicare gratis al 1-800-633-4227   
y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

# Personas sin hogar

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

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es de 20 minutos por respuesta en promedio, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recabar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de la información. Si tiene algún comentario con respecto a la precisión de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a la siguiente dirección: 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 elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Cualquier elemento que recibamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o su tiempo de recopilación (que se describe en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte “¿Qué sucede a continuación?” en esta página para enviar su formulario completo al plan.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección 1: Todos los campos en esta página son obligatorios  (a menos que se marquen como opcionales)** | | | | | |
| **Seleccione el plan en el que desea inscribirse:**  Producto ABC – $XX por mes Producto XYZ – $XX por mes | | | | | |
| Nombre de PILA: APELLIDO: [Opcional: Inicial del 2.º nombre]: | | | | | |
| Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) ( / / ) | Sexo:  Masculino Femenino | | | Número de teléfono: ( ) | |
| Dirección de residencia permanente (no ingresar casillas de correo): | | | | | |
| Ciudad: | [Opcional: condado]: | | Estado: | | Código postal: |
| Dirección postal, si es distinta de la dirección permanente (se permiten casillas de correo):  Dirección: Ciudad: Estado: Código postal: | | | | | |
| **Su información de Medicare:** | | | | | |
| **Número de Medicare: \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_\_ \_ \_ \_** | | | | | |
| **Responda estas preguntas importantes:** | | | | | |
| [*PDPs insert:*  ¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta (como beneficios para veteranos, TRICARE)  además de < Plan>? Sí No Nombre de la otra cobertura: Número de miembro para esta cobertura: Número de grupo para esta cobertura  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] | | | | | |
| *[Special Needs Plans] insert question(s) regarding the required special needs criteria]* | | | | | |
| **IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:** | | | | | |
| * [*Part D plans insert:* Debo mantener el seguro hospitalario (Parte A) o el seguro médico (Parte B) para seguir inscrito en <Plan Name>.] * Inscrito en este plan de medicamentos con receta de Medicare, reconozco que <Plan Name> compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan. * Comprendo que solo puedo estar inscrito en un plan de la Parte D a la vez, y que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de la Parte D. * [*MA-PD plans insert:* Comprendo que, cuando comience la cobertura de <Plan Name>, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de <Plan Name>. Los beneficios y servicios proporcionados por <Plan Name> e incluidos en mi <Plan Name> documento de “Evidencia de cobertura” (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni <Plan Name> pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.] * La información de este formulario de inscripción es correcta según mi conocimiento. Comprendo que si intencionadamente proporciono información falsa sobre este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan. * Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud implica que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si un representante autorizado (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica lo siguiente:   1. Esta persona está autorizada por la ley estatal para realizar esta inscripción.   2. La documentación de esta autoridad se encuentra disponible en caso de que Medicare la requiera. | | | | | |
| **Firma:** | | **Fecha de hoy:** | | | |
| Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos: | | | | | |
| Nombre: | | Dirección: | | | |
| Número de teléfono: | | Relación con la persona inscrita: | | | |

|  |
| --- |
| **Sección 2: Todos los campos en esta página son opcionales** |
| **Responder estas preguntas es su elección. No se le puede denegar la cobertura si no las completa.** |
| ¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todo lo que corresponda.  🞏 No, no de origen hispano, latino o español 🞏 Sí, mexicano, mexicano americano, chicano  🞏 Sí, puertorriqueño 🞏 Sí, cubano  🞏 Sí, otro origen hispano, latino o español.  🞏 **Elijo no responder.** |
| ¿Cuál es su raza? Seleccione todo lo que corresponda.  🞏 Indio americano o nativo de Alaska 🞏 Indio asiático 🞏 Negro o chino  🞏 afroamericano 🞏 Filipino 🞏 Guameño o chamorro.  🞏 Japonés 🞏 Coreano 🞏 Nativo de Hawái  🞏 Otro asiático 🞏 Otro isleño del Pacífico 🞏 Samoano  🞏 Vietnamita 🞏 Blanco  🞏 **Elijo no responder.** |
| Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma que no sea español.  *[*🞏 *Plans insert the languages required in your service area.]* |
| Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.  🞏 Braille 🞏 Letra grande 🞏 CD de audio  Si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado arriba, póngase en contacto con <plan name> al <phone number>. Atendemos de <insert days and hours of operation>. Los usuarios de TTY pueden llamar al <TTY number.> |
| ¿Usted trabaja? 🞏 Sí 🞏 No ¿Su cónyuge trabaja? 🞏 Sí 🞏 No |
| Indique su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP), clínica o centro de salud: |
| Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o más.  🞏 [*Plans may list those types or categories of materials that are available for electronic delivery]*  Dirección de correo electrónico: |
| **Cómo pagar las primas del plan**  *[Plans with premiums insert*: Puede pagar la prima mensual del plan[*MA-PD plans with premiums insert:* (incluidas todas las multas por inscripción tardía que tenga actualmente o que adeude)] por correo  electrónico <*insert optional methods*: “Electronic Funds Transfer (EFT)”, “credit card”> cada mes <*insert optional intervals, if applicable, for example* “or quarterly”>. **También puede pagar la prima todos los meses mediante la deducción automática de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).**]  [*PDPs with premiums insert:* **Si debe pagar un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D, debe pagar este monto adicional además de su prima del plan.** NO pague el IRMAA de la Parte D a [*insert appropriate plan and/or organization name]*.] |

**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 hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las Secciones 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones §§ 423.30 y 423.32 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicamento con receta de Medicare Advantage (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.