



IMPERIAL
HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare y quieren inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, usted debe:

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

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, usted también debe tener los siguientes dos seguros:

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

¿Cuándo debo utilizar este formulario?

Usted puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que empieza el 1º de enero)
- Dentro de un período de 3 meses luego de recibir por primera vez la cobertura de Medicare
- En determinadas situaciones en las que usted tiene permitido inscribirse en un nuevo plan o cambiar de planes

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 está en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Usted debe llenar todos los campos presentes en la Sección 1. Los campos presentes en la Sección 2 son opcionales—no se le puede denegar la cobertura porque usted no llenó dichos campos.

Recordatorios:

- Si quiere inscribirse en un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (15 de octubre a 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. Usted 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 Junta de Retiro Ferroviario).

¿Qué ocurre después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

**Imperial Health Plan of California (HMO)
(HMO SNP)**

Attention: Enrollment

PO Box 60874

Pasadena CA 91116

Correo electrónico:

Enrollmentunit@imperialhealthplan.com

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

¿Cómo obtengo ayuda para completar este formulario?

Llame a Imperial Health Plan al 1-800-838-5197/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.

In English: Call Imperial Health Plan at 1-800-838-5197. TTY users can call 711.

Or, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

Sección 1—Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que se indique que son opcionales)

Elija el plan en el que quiere inscribirse:

- ☐ Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005 - \$0 Parte C/D
- ☐ Imperial Traditional (HMO) 007 - \$0 Parte C/D
- ☐ Imperial Traditional Plus (HMO) 009 - \$0 Parte C/\$31.50 Parte D
- ☐ Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) 011 - \$0 Parte C/\$31.50 Parte D
- ☐ Imperial Dynamic Plan (HMO) 012 - \$0 Parte C/D



**IMPERIAL
HEALTH PLAN**
OF CALIFORNIA

NOMBRE:

APELLIDO:

Opcional: Inicial:

Fecha de nacimiento: (mes/día/año)

(__ / __ / ____)

Género:

☐ Masculino ☐ Femenino

Número de teléfono:

()

Dirección de residencia permanente (no ponga un apartado postal):

Ciudad:

Opcional: Condado:

Estado:

Código postal:

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite usar un apartado postal):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Su información de Medicare:

Número de Medicare: ____ - ____ - ____

Responda estas preguntas importantes:

¿Va a tener otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) adicional a la cobertura de Imperial Health Plan? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura:

Número de miembro de esta cobertura:

Número de grupo de esta cobertura:

¿Padece de enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca crónica y/o diabetes? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene tanto Medicare como Medicaid? ☐ Sí ☐ No

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el médico (Parte B) para permanecer en Imperial Health Plan.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que Imperial Health Plan compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para monitorear mi inscripción, realizar pagos y para otros propósitos permitidos por las leyes federales que autorizan la recolección de esta información (ver a continuación la Declaración sobre la Ley de Privacidad).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar su inscripción en el plan.
- La información presente en este formulario de inscripción es correcta a mi saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, mi inscripción en el plan será cancelada.

- Entiendo que las personas que tienen Medicare no están, por lo general, cubiertas por Medicare cuando se encuentran fuera del país, salvo por una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE.UU.
- Entiendo que cuando empieza mi cobertura en Imperial Health Plan, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados por medio de Imperial Health Plan. Los beneficios y servicios que Imperial Health Plan proporciona y que se encuentran incluidos en mi documento “Evidencia de Cobertura” (EOC, por sus siglas en inglés) de Imperial Health Plan (también conocido como contrato de membresía o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Imperial Health Plan pagarán por los beneficios o servicios que no están cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona que está legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entendido su contenido. Si la firma un representante autorizado (tal como se describió anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada de conformidad con las leyes estatales para completar este formulario de inscripción, y
 - 2) Existe documentación disponible sobre esta autorización, si Medicare la solicita.

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Firma: | Fecha de hoy: |
| Si usted es el representante autorizado, firme arriba y llene estos campos: | |
| Nombre: | Dirección: |
| Número de teléfono: | Relación con la persona inscrita: |

PARA USO EXCLUSIVO DEL AGENTE

| | |
|-------------|-----------------|
| Agent Name: | Date: |
| FMO Name: | Effective date: |

Sección 2–Todos los campos de esta sección son opcionales

Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede denegar la cobertura porque usted no las responde.

Seleccione una opción si usted quiere que le enviemos su información en un idioma distinto del español.

☐ Inglés ☐ Otro: _____

Seleccione una opción si usted quiere que le enviemos la información en un formato accesible.

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ Audio CD

Por favor, comuníquese con Imperial Health Plan al 1-800-838-8271 si necesita la información en un formato accesible diferente de los mencionados anteriormente. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. desde el 1° de octubre antes del 31 de marzo y de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. desde el 1° de abril antes del 30 de septiembre, excepto días festivos. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja? ☐ Sí ☐ No ¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

Mencione su Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés), clínica o centro de salud:

Por favor, marque la casilla “Sí” que se encuentra a continuación si quiere recibir su paquete de inscripción - Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) por correo electrónico. Por favor, proporcione su dirección de correo electrónico en el espacio proporcionado abajo.

- ☐ Sí, quiero recibir mi paquete de inscripción para miembros nuevos - EOC, Formulario Integral de Medicamentos y Directorio de Proveedores/Farmacias por correo electrónico.

Entiendo que puedo cambiar de parecer en cualquier momento y, para volver a recibir la copia impresa de mi paquete de inscripción de miembro por correo, debo comunicarme con Imperial Health Plan al 1-800-838-8271, (TTY: 711), de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., excepto días festivos, desde el 1º de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. desde el 1º de abril hasta el 30 de septiembre, excepto días festivos.

Dirección de correo electrónico: _____

PAGO DE LAS PRIMAS DE SU PLAN

Usted puede pagar la prima mensual de su plan (que incluye cualquier multa por inscripción tardía que usted tenga actualmente o que pueda deber) por correo postal mensualmente. **También puede elegir que el pago de su prima se deduzca mensualmente de manera automática de su beneficio de Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés).**

Si tiene que pagar un ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés) de la Parte D, usted deberá pagar esta cantidad adicional, además de la prima de su plan. Esta cantidad se descuenta usualmente de su beneficio del Seguro Social o, de lo contrario, usted recibirá una factura por parte de Medicare (o la RRB). NO pague a Imperial Health Plan el IRMAA de la Parte D.

DECLARACIÓN SOBRE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recolectan información de los planes de Medicare para monitorear la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y pagar los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recolección de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar la información de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Sistema de Notificaciones de Registros (SORN, por sus siglas en inglés) “Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (MARx)”, Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar su inscripción en el plan.

Imperial Health Plan es un plan (HMO) (HMO SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción en Imperial Health Plan depende de la renovación del contrato. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711). ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-838-8271 (TTY: 711).

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, las personas no están obligadas a responder a una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés) válido. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-NEW. El tiempo necesario para responder a esta recopilación de información es de aproximadamente 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, por favor, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.