

¿QUIÉN PUEDE USAR ESTE FORMULARIO?

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

Para unirse a un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o tener presencia legal en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe tener ambos:

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

¿CUÁNDO DEBO USAR ESTE FORMULARIO?

Puede unirse a un plan:

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

Visite 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 unirse a un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 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 sus pagos de primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

¿QUÉ OCURRE DESPUÉS?

Envíe su formulario completo y firmado a:
eternalHealth
PO Box 1375
Westborough, MA 01581

Una vez que procesen su solicitud para unirse, se pondrán en contacto con usted.

¿CÓMO PUEDO OBTENER AYUDA CON ESTE FORMULARIO?

Llame a eternalHealth al 1(800) 893-9457. Los usuarios de TTY deben 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 eternalHealth al 1-800-893-9457/TTY 711 o de forma gratuita a Medicare al 1-800-633-4227/TTY 1-877-486-2048 y oprima el 8 para obtener asistencia en español; un representante estará disponible para asistirlo.

PERSONAS QUE EXPERIMENTAN LA SITUACIÓN DE CALLE

Si desea unirse a un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo (Paperwork Reduction Act) de 1995, no se requiere que ninguna persona responda 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 en promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión 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 artículo que contenga su información personal (como reclamaciones, pagos, historias clínicas, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Cualquier artículo que recibamos que no tenga que ver con cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte “¿Qué ocurre después?” en esta página para enviar su formulario completo al plan.

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

Seleccione el plan al que desea afiliarse:

eternalHealth Forever HMO \$0 por mes

eternalHealth Give Back PPO \$0 por mes

eternalHealth Freedom PPO \$0 per month

Primer nombre:	Inicial del segundo nombre: (opcional)	Apellido:	Sufijo:
-----------------------	---	------------------	----------------

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): (_ / _ / _ _ _) **Sexo:** Masculino Femenino

Número de teléfono móvil: (_ _ _) - _ _ _ - _ _ _ **Número de teléfono (opcional):** (_ _ _) - _ _ _ - _ _ _

Correo electrónico:

Residencia permanente (no ingrese un apartado postal). Nota: para las personas en situación de calle, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente).

Dirección:

Ciudad:	Condado (opcional):	Estado:	Código postal:
----------------	----------------------------	----------------	-----------------------

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

Dirección:

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

Contacto de emergencia (opcional):

Nombre de contacto de emergencia:	Teléfono de contacto de emergencia: (_ _ _) - _ _ _ - _ _ _	Relación con usted:
--	---	----------------------------

Su información de Medicare:

Número de Medicare: _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _

Responda estas preguntas importantes:

¿Tiene otra cobertura por medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de eternalHealth? Sí No

Nombre de otra cobertura:	Número de miembro para esta cobertura:	Número de grupo para esta cobertura:
----------------------------------	---	---

IMPORTANTE: lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como médica (Parte B) para permanecer en eternalHealth.
- Al unirme a Medicare Advantage, reconozco que eternalHealth compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, 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, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- 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 y MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de eternalHealth, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de eternalHealth. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por eternalHealth y contenidos en mi documento de "Evidencia de cobertura" de eternalHealth (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni eternalHealth pagarán por los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información de este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si

proporcione intencionalmente información falsa en este formulario, será dado 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 comprendido el contenido de esta solicitud. Si está firmada por 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 dicha autorización está disponible a solicitud de Medicare.
- Acepto recibir mensajes de texto de eternalHealth para recibir actualizaciones importantes e información del plan. Entiendo que puedo cancelar la suscripción a los servicios de mensajes de texto en cualquier momento enviando un mensaje de texto con la palabra "STOP" a cualquier mensaje de texto que reciba de eternalHealth o llamando al Servicio de atención al cliente de eternalHealth. Para obtener más información sobre los Términos de uso de mensajes de texto SMS de eternalHealth, visite nuestro sitio web eternalHealth.com/TextTerms.

Firma:

Fecha de hoy:

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete los siguientes campos:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el solicitante:

Sección 2: todos los campos de esta sección son opcionales

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura por no completarlos.

¿Es de origen hispano, latino o español? Seleccione todo lo que corresponda.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicano/estadounidense, 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"/> Elijo no responder | |

¿Cuál es su raza? Seleccione todo lo que corresponda.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái y de las islas del Pacífico: |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano |
| <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Otro asiático | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Elijo no responder | |

Seleccione uno si desea que le enviemos información en un idioma que no sea el inglés

- Español

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

- Braille Letra grande CD de audio CD de datos

Comuníquese con eternalHealth al 1 (800) 680-4568 si necesita información en un formato accesible distinto a los que se indican anteriormente. Nuestro horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Trabaja? Sí No

¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Indique el nombre de su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Identificación del PCP:

¿Es paciente actual de este PCP? Sí No

Pago de las primas de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda deber) por correo o transferencia electrónica de fondos (EFT) cada mes. **También puede optar por pagar su prima al descontarla automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) cada mes.**

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

Seleccione una opción de pago de la prima:

Obtener una factura mensualmente.

Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria cada mes.

Incluya un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta: _____ Número de ruta bancaria: _____

Tipo de cuenta: De cheques De ahorros Número de cuenta bancaria: _____

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB):

Cheque de beneficios del Seguro Social, o

Cheque de beneficios de la Junta de Jubilados del Ferrocarril (RRB)

Si tiene que pagar un Monto de ajuste mensual relacionado con los Ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan. NO pague a eternalHealth la Parte D-IRMAA.

Solo para personas que ayudan al solicitante a completar este formulario
Complete esta sección si es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores de SHIP, familiares u otros terceros) que ayuda a un solicitante a completar este formulario.

Nombre completo: _____	Relación con el solicitante: _____
------------------------	------------------------------------

Firma: _____	
--------------	--

Para uso exclusivo del agente

Número de productor nacional: _____

Agencia del agente:	N.º de confirmación de solicitud en línea o por teléfono:
---------------------	---

Solo para uso de oficina

Datos recibidos:	N.º de identificación del miembro _____ - 01
------------------	--

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), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del sistema de registros (System of Records Notice, SORN) "Medicamentos con Receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", Sistema N.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

INFORMACIÓN A INCLUIR CON EL MECANISMO DE INSCRIPCIÓN
CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea atentamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un Período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que cancelemos su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (insertar fecha) _____.
- Recientemente fui liberado de prisión. Me liberaron el (insertar fecha) _____.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país. Regresé a los EE. UU. el (insertar fecha) _____.
- Recientemente obtuve la condición de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve esta condición el (insertar fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recién obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (insertar fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recién recibí Ayuda adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el (insertar fecha) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me estoy mudando, vivo en o recientemente me mudé de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un centro de cuidados o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré al/del centro el (insertar fecha) _____.
- Recientemente dejé un programa PACE el (insertar fecha) _____.
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura de medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (insertar fecha) _____.
- Estoy dejando la cobertura del empleador o sindicato el (insertar fecha) _____.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por el estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Me inscribieron en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha) _____.
- Me inscribí en un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Cancelaron mi inscripción al SNP el (insertar fecha) _____.
- Fui afectado por una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA] o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Una de las otras afirmaciones aquí se aplica a mí, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción debido al desastre.
- Otro: _____.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con eternalHealth al 1 (800) 893-9457 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si es elegible para inscribirse. Atendemos del 1 de octubre al 31 de marzo, siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Primer nombre del solicitante:	Apellido del solicitante:	Inicial del segundo nombre:
Identificador de beneficiario de Medicare (Medicare Beneficiary Identifier, MBI):		