

¿QUIÉN PUEDE USAR ESTE FORMULARIO?

Personas con Medicare que deseen inscribirse a un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, usted debe:

- Ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en Estados Unidos
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, debe tener las dos partes:

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

¿CUÁNDO USAR ESTE FORMULARIO?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para recibir cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permite afiliarse 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 en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su domicilio permanente y su 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 denegar la cobertura por no haberlos completado.

RECORDATORIOS:

- Si desea afiliarse a un plan durante la 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 optar por inscribirse para que se deduzcan los pagos de la prima de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿QUÉ OCURRE DESPUÉS?

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

Cuando procesen su solicitud para afiliarse, se comunicarán 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 las 24 horas del día, los siete días de la semana.

En español: Llame a eternalHealth al 1-800-893-9457/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227/TTY 1-877-486-2048. 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 una residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, los cheques del Seguro Social) pueden considerarse como dirección de residencia permanente.

De acuerdo con el Paperwork Reduction Act (Ley de Reducción del Papeleo) de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que esta ostente un número de control válido de la OMB (Oficina de Administración y Presupuesto). El número de control válido de la OMB para esta recolección de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es de un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de la estimación 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 elemento con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la PRA Reports Clearance Office (Oficina de Autorización de Informes del PRA). Cualquier artículo que recibamos que no trate sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservarán, revisarán ni se enviarán al plan. Consulte "¿Qué ocurre después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)**Seleccione el plan al que quiere afiliarse:**

- eternalHealth Horizon HMO \$0 por mes eternalHealth Valor Give Back HMO-POS \$0 por mes
 eternalHealth Grand Give Back HMO \$43.20 por mes

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

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de teléfono: (___) - ___ - ____
--	--	--

Domicilio permanente:**Dirección (no ingrese un apartado postal):**

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

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

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

Dirección de correo electrónico (opcional):

Nombre del contacto de emergencia:	Teléfono del contacto de emergencia: (___) - ___ - ____	Vínculo con usted:
---	---	---------------------------

Su información de Medicare:**Número de Medicare:** ___ - ___ - ____**Responda estas preguntas importantes:**

¿Contará con alguna otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de eternalHealth? Sí No

Nombre de la otra cobertura:	Número de afiliado en esta cobertura:	Número de grupo en esta cobertura:
-------------------------------------	--	---

Si respondió que sí, indique el nombre de su centro de tratamiento militar (MTF)/CLÍNICA:	Indique el nombre de su administrador de atención primaria (PCM):
--	--

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el médico (Parte B) para permanecer en eternalHealth.
- Al unirme a este plan Medicare Advantage, reconozco que eternalHealth compartirá mi información con Medicare, que 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.
- La información de este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que, si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto por cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de eternalHealth, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de eternalHealth. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por eternalHealth y contenidos en mi "Evidencia de Cobertura" de eternalHealth (también conocido como contrato del afiliado o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni eternalHealth pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- 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 esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describió anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y
 - 2) la documentación de esta autorización está disponible a solicitud de Medicare.

Firma:	Fecha de hoy:
---------------	----------------------

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

Nombre:	Domicilio:
----------------	-------------------

Número de teléfono:	Vínculo con el inscrito:
----------------------------	---------------------------------

Sección 2: Todos los campos de esta página son opcionales

Es su elección responder estas preguntas. No se le puede denegar la cobertura por no haberlas respondido.

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

- No, no soy hispano, latino ni de origen español Sí, mexicano, mexicoamericano, chicano
 Sí, puertorriqueño Sí, cubano
 Sí, de otro origen hispano, latino o español
 Prefiero no responder.

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

- Aborigen americano o nativo de Alaska Indio asiático Negro o afroamericano
 Chino Filipino Guameño o chamorro
 Japonés Coreano Nativo de Hawái
 Otro origen asiático Otro isleño del Pacífico Samoano
 Vietnamita Blanco
 Prefiero no responder.

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

- Español Portugués Francés Criollo francés Chino

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

- Letra grande Braille CD de audio

Comuníquese con eternalHealth al 1-800-893-9457 si necesita información en un formato accesible que no sea uno de los mencionados 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; 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.

¿Usted trabaja? Sí No

¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Registre su médico de atención primaria (PCP). Nombre:

Identificación del PCP:

¿Es usted un afiliado actual de este PCP? Sí No

Grupo médico: Arizona Priority Care Otro:

Pagar las primas de su plan

Puede pagar cada mes la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por afiliación tardía que tenga actualmente o que pueda adeudar) por correo o transferencia electrónica de fondos (EFT). También puede optar por pagar cada mes su prima deduciéndola automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).

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

Seleccione una opción para el pago de su prima:

- Factura mensual.
 Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria cada mes.
Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:
Nombre del titular de la cuenta: _____ Número de ruta bancaria: _____
Tipo de cuenta: Corriente Ahorros Número de cuenta bancaria: _____
 Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB):
 Cheque de beneficios del Seguro Social o
 Cheque de beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

Si tiene que pagar el monto de ajuste mensual de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar el monto adicional, además de la prima del plan. Por lo general, el monto se descuenta de su beneficio del Seguro Social, pero también puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague a eternalHealth el IRMAA de la Parte D.

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Nombre del miembro del personal/agente/corredor de seguros (si ayudó en la inscripción):

Fecha de entrada en vigencia:
(MM/DD/AAAA)

Firma del agente:

Fecha de recepción del agente:

Agencia del agente:

Nombre del agente:

Apellido del agente:

N.º de identificación del agente:

N.º de confirmación de la solicitud en línea/por teléfono:

Fecha de recepción:

N.º de identificación del afiliado _____ - 0 1

DECLARACIÓN DEL PRIVACY ACT (LEY DE PRIVACIDAD)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (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 para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) y las secciones 422.50 y 422.60 del capítulo 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del sistema de registros (SORN) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", N.º de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

DEJADO
EN BLANCO
A PROPÓSITO

**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. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, según su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si después determinamos que esta información es incorrecta, podemos cancelar su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Hace poco 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 (indicar fecha) _____.
- Hace poco me liberaron de la cárcel. Me liberaron el (indicar fecha) _____.
- Hace poco regresé a Estados Unidos después de vivir permanentemente en el extranjero. Regresé a Estados Unidos el (indicar fecha) _____.
- Hace poco obtuve el estatus de presencia legal en Estados Unidos. Obtuve este estatus el (indicar fecha) _____.
- Hace poco tuve un cambio en mi Medicaid (recién obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (indicar fecha) _____.
- Hace poco tuve un cambio en mi Extra Help para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recién obtuve Extra Help, tuve un cambio en el nivel de Extra Help o perdí la Extra Help) el (indicar fecha) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Extra Help para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me mudaré, viviré o hace poco salí de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un centro de cuidados o de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré o saldré del centro el (indicar fecha) _____.
- Hace poco dejé un programa de atención integral para personas de edad avanzada (PACE) el (indicar fecha) _____.
- Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura acreditable para medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (indicar fecha) _____.
- Voy a dejar la cobertura del empleador o del sindicato el (indicar fecha) _____.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Medicare (o mi estado) me inscribieron en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (indicar fecha) _____.
- Estuve inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP) pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Mi inscripción en el SNP se canceló el (indicar fecha) _____.
- Me afectó una emergencia o desastre mayor, según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones mencionadas aquí se aplica a mí, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción debido al desastre.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o si 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. Nuestro horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de 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		
Nombre del afiliado:	Apellido del afiliado:	Inicial del segundo nombre:
Identificador de beneficiario de Medicare (MBI):		