

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean unirse a un plan Medicare Advantage o a un plan de Medicinas Recetadas de Medicare.

Para unirse a un plan, usted debe:

- Ser ciudadano estadounidense o estar en EE. UU. de manera legal
- Vivir en el área de servicio del plan

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

- Medicare Parte A (seguro de hospital)
- Medicare Parte A (seguro médico)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que comienza el 1.º de enero)
- En un plazo de 3 meses a partir de haber obtenido Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permite unirse 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 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 cobertura si no los completa.

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante el periodo 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 un cobro por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que los pagos de sus primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a:
TotalCare (HMO D-SNP)
1600 Green Hills Road #101
Scotts Valley, CA 95066

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

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a TotalCare al 1-833-530-9015. Los usuarios de TTY pueden llamar al (TTY: 800-855-3000 (Marque 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 TotalCare al 1-833-530-9015. (TTY: 800-855-3000 (Marque 711)) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

Si desea unirse a un plan pero no tiene residencia permanente, es posible considerar un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correspondencia (por ejemplo, cheques de seguro social) como su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a la recopilación de información a menos que se muestre un número válido de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget; OMB, por sus siglas en inglés). El número de control de la OMB válido para esta recopilación 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, 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, escribanos 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 reclamos, pagos, archivos médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la Ley de Reducción de Papeleo (Paperwork Reduction Act; PRA, por sus siglas en inglés). Cualquier artículo que recibamos que no tenga que ver con cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) se destruirá. No se guardará, revisará ni remitirá al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completado al plan.

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

Seleccione el plan al que quiere unirse: ☐ TotalCare (HMO D-SNP); \$0 por mes

NOMBRE: APELLIDO: Opcional: Inicial del segundo nombre:

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (/ /) Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Número de teléfono: () -

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal): (Nota: para las personas sin hogar, se puede considerar un apartado postal como su dirección de residencia permanente):

Ciudad: Condado: Estado: Código postal:

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permiten apartados postales):
Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

Su información de Medicare:

Número de Medicare: - -

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicinas recetadas? (como VA, TRICARE) además de TotalCare?

☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura:

Número de miembro de esta cobertura:

Número de grupo de esta cobertura _____

Los planes de Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plans; D-SNP, por sus siglas en inglés) son para las personas que califican para Medicare y Medicaid. Al inscribirse en este plan, usted entiende que debe seguir inscrito en su programa estatal de Medicaid para seguir siendo elegible para este plan,

1) ¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid (Medi-Cal)? ☐ Sí ☐ No

2) Si la respuesta es "sí," escriba su número de índice de cliente (Client Index Number; CIN, por sus siglas en inglés) de nueve dígitos de Medicaid: _____

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener la cobertura hospitalaria (Parte A) y médica (Parte B) para continuar en TotalCare (HMO D-SNP).
- Al unirse a Medicare Advantage, reconozco que TotalCare compartirá mi información con Medicare, que podrá utilizarla para dar seguimiento a mi inscripción, hacer 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 podría afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que únicamente puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez, y que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para planes privados de pago por servicio [Private Fee-for-Service; PFFS, por sus siglas en inglés] de MA, planes de cuentas de ahorro médico [Medical Savings Account; MSA, por sus siglas en inglés] de MA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de TotalCare, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicinas recetadas por parte de TotalCare. Los beneficios y servicios prestados por TotalCare y contenidos en mi documento "Evidence of Coverage" (Evidencia de Cobertura) de TotalCare (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de afiliación) serán cubiertos. Ni Medicare ni TotalCare pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que leí y entendí el contenido de esta solicitud. Si firma un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada bajo la Ley estatal para completar esta inscripción y
 - 2) La documentación de esta autorización está disponible si la solicita Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

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

Nombre:

Dirección:

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

Sección 2: Todos los campos de esta sección son opcionales.	
Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar cobertura por no completarlas.	
Seleccione una opción si desea que le enviemos información en otro idioma que no sea inglés. <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Hmong	
Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible. <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Letra grande <input type="checkbox"/> CD de audio <input type="checkbox"/> CD de información	
Comuníquese con TotalCare al 1- 833-530-9015 (TTY: 800-855-3000 (Marque 711)) si necesita información en un formato accesible que no sea uno de los que se indicaron anteriormente. Los horarios de nuestra oficina son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico (excepto Día de Acción de Gracias y Navidad), del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico (excepto días festivos federales), del 1.º de abril al 30 de septiembre.	
¿Trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su cónyuge trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Escriba el nombre de su clínica, centro de salud o médico de cuidado primario (Primary Care Physician; PCP, por sus siglas en inglés):	

Solo para personas que ayudan al inscrito a completar este formulario:	
Complete esta sección si usted es una persona (es decir, agentes, corredores, consejeros de State Health Insurance Assistance Program [SHIP], familiares u otros terceros) que ayuda a un inscrito a completar este formulario.	
Nombre: _____ Relación con el inscrito: _____	
Firma: _____ Número de productor nacional (solo agentes o correctores): ____	

Espacio opcional para otra información administrativa necesaria según el plan

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid; CMS, por sus siglas en inglés) recopilan información de los planes de Medicare para dar seguimiento a la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations; CFR, por sus siglas en inglés) 42 §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar la información de inscripción de beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso de sistema de archivos (System of Records Notice; SORN, por sus siglas en inglés) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)" (Medicinas recetadas de Medicare Advantage [MARx]), N.º de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder podría afectar la inscripción en el plan.

Por lo general, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el periodo 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 periodo.

Lea con atención las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, según su leal saber y entender, es elegible para un periodo de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se le cancele la inscripción.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period; MA OEP, por sus siglas en inglés).
- ☐ Recientemente me mudé del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y tengo nuevas opciones disponibles. Me mudé el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente fui liberado de prisión. Me liberaron el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de EE. UU. Regresé a los Estados Unidos el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente obtuve el estatus de estancia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente hubo un cambio en mi Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de Medicaid) el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente hubo un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicinas recetadas de Medicare (recientemente recibí Ayuda Adicional, hubo un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (escriba la fecha)_____.
- ☐ Tengo Medicare y recibo todos los beneficios de Medicaid. Quiero unirme o cambiarme a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de cuidado administrado de Medicare y Medicaid (llamado plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad [Dual Eligible Special Needs Plan; D-SNP, por sus siglas en inglés]).

- ☐ Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicinas recetadas de Medicare, pero no hubo ningún cambio.
- ☐ Me mudaré a, actualmente vivo en o recientemente salí de un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, una residencia para personas mayores o un centro de cuidado a largo plazo). Me mudé/me mudaré a/del centro el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente salí de un Programa de Cuidado Integral para Personas de la Tercera Edad (Program of All-inclusive Care for the Elderly; PACE, por sus siglas en inglés) el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura de medicinas recetadas acreditable (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicinas el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Voy a salir de la cobertura de mi empleador o sindicato el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Estoy en un programa estatal de asistencia farmacéutica calificado o voy a perder la ayuda de un programa de asistencia farmacéutica estatal.
- ☐ Mi plan va a terminar su contrato con Medicare o Medicare va a terminar su contrato con mi plan.
- ☐ Fui inscrito en un plan por Medicare (o mi estado) y deseo elegir otro plan. Mi inscripción en ese plan comenzó el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Estaba inscrito en un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan; SNP, por sus siglas en inglés), pero perdí la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Mi inscripción en el SNP se canceló el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Fui afectado por una emergencia o un desastre mayor (declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency; FEMA, por sus siglas en inglés) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Una de las otras declaraciones correspondía a mi caso, pero no pude hacer mi solicitud de inscripción debido al desastre.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con TotalCare (HMO D-SNP) al 1-833-530-9015. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-855-3000 (Marque 711) para ver si son elegibles para inscribirse. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, del 1.º de octubre al 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad, y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, del 1.º de abril al 30 de septiembre, excepto los días festivos federales.

TotalCare (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage con un contrato con Medicare y un contrato con la agencia estatal de Medicaid. La inscripción en TotalCare depende de la renovación del contrato. TotalCare es el nombre comercial de Central California Alliance for Health. TotalCare es una marca registrada de la Comisión de Cuidado Médico Administrado de Santa Cruz-Monterey-Merced-San Benito-Mariposa, una entidad pública de California que opera como Central California Alliance for Health.