OMB n.º 0938-1378
Vence el: 02/28/2029

AmeriHealth Caritas® VIP Care®

Formulario de Solicitud de Inscripción Individual

Comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) si necesita información en otro idioma o formato (por ejemplo, braille).

¿Quién puede usar este formulario?	Las personas con Medicare que quieran unirse a un plan Medicare Advantage.
Para unirse a un plan, debe:	• Ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en los Estados Unidos. • Vivir en el área de servicio del plan. **Importante:** Para unirse a un plan Medicare Advantage, debe contar con estas dos partes: • Medicare Parte A (seguro de hospital). • Medicare Parte B (seguro médico).
¿Cuándo uso 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 tres meses de tener Medicare por primera vez • En ciertas situaciones cuando se le permite unirse a un plan o cambiar de plan Visite **www.medicare.gov** para obtener más información sobre los periodos para 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 número de teléfono **Nota:** Debe completar todos los puntos de la sección 1. Los puntos de la sección 2 son opcionales: no le pueden negar la cobertura por no completarlos.
Recordatorios:	Si quiere unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo a más tardar el 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 Retiro Ferroviario).
¿Qué sucede luego?	Envíe su formulario completo y firmado a: AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) P.O. Box 7137 London, KY 40742-9732 Una vez que procesen su solicitud para unirse al plan, se comunicarán con usted.
¿Cómo puedo recibir ayuda para completar este formulario?	Llame a AmeriHealth Caritas VIP Care al **1-800-803-8931** 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 AmeriHealth Caritas VIP Care al **1-800-803-8931** 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 una residencia permanente, podría usar como su dirección de residencia permanente una casilla postal, una dirección de un albergue o clínica, o la dirección en la que recibe su correspondencia (p. ej., cheques del Seguro Social).

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de OMB. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo necesario para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión del tiempo estimado 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 documento que contenga su información personal (como reclamaciones, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Aprobación de Informes de la PRA. Se eliminará cualquier elemento que recibamos que no esté relacionado con cómo mejorar este formulario o el esfuerzo que supone su recopilación (descritos en OMB 0938-1378). No se guardará, revisará ni enviará al plan. Consulte la sección "¿Qué sucede luego?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

SECCIÓN 1: TODOS LOS CAMPOS EN ESTA PÁGINA SON OBLIGATORIOS (A MENOS QUE SE INDIQUEN COMO OPCIONALES).

SELECCIONE EL PLAN AL QUE DESEA UNIRSE:

☐ AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) — $0 al mes.
El plan incluye cobertura de medicamentos con receta. Debe contar con doble elegibilidad completa.

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre (opcional):	☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta.

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	Sexo: ☐ M ☐ F

Número de teléfono:	☐ Hogar ☐ Celular
Opcional: Número de teléfono secundario	☐ Hogar ☐ Celular

Queremos que esté satisfecho con su plan de AmeriHealth Caritas. Si tenemos otros planes que puedan ser mejores para usted a medida que cambien sus necesidades, se lo informaremos. Solo le hablaremos sobre nuestros propios planes.

Dirección de la residencia permanente (no ingrese una casilla postal. Nota: para personas sin hogar, una casilla postal podría considerarse su dirección de residencia permanente):

Ciudad:

Condado (opcional):	Estado:	Código postal:

DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE SU DIRECCIÓN PERMANENTE) (PUEDE INGRESAR UNA CASILLA POSTAL)

Dirección:

Ciudad:	Estado:	Código postal:

SU INFORMACIÓN DE MEDICARE

Número de Medicare:

RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de AmeriHealth Caritas VIP Care? ☐ **Sí** ☐ **No**

Nombre de la otra cobertura:

Número de miembro para esta cobertura:

Número de grupo para esta cobertura:

¿Está inscrito en el programa estatal de Medicaid? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si respondió "Sí", indique su número de Medicaid:

IMPORTANTE: LEA Y FIRME ABAJO

- Debo conservar tanto la cobertura de hospital (Parte A) como la cobertura médica (Parte B) para permanecer en AmeriHealth Caritas VIP Care.
- Al inscribirme en este plan de Medicare Advantage (MA), entiendo que AmeriHealth Caritas VIP Care compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para hacerle seguimiento a mi inscripción, para efectuar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoricen 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 puedo estar inscrito en un solo plan de MA a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de MA (se aplican excepciones en los planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de AmeriHealth Caritas VIP Care, debo recurrir a AmeriHealth Caritas VIP Care para obtener todos los beneficios médicos y de medicamentos con receta. Se cubrirán los beneficios y los servicios prestados por AmeriHealth Caritas VIP Care indicados en el documento "Evidencia de Cobertura" de AmeriHealth Caritas VIP Care (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni AmeriHealth Caritas VIP Care pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono información falsa en este formulario intencionalmente, me desafiliarán 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 su contenido. Si un representante autorizado (como se describe anteriormente) firma esta solicitud, la firma certificará que:

  1) Esta persona está autorizada de acuerdo con la ley estatal para completar la inscripción, y

  2) La documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Medicare.

Firma:	Fecha de hoy:
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:	
Nombre:	
Dirección:	
Número de teléfono:	Relación con el afiliado:

SECCIÓN 2: todos los campos en esta página son opcionales.
Responder estas preguntas es su decisión. No le pueden negar la cobertura por no completarlos.
Seleccione una de las siguientes opciones si desea que le enviemos la información en un formato accesible. ☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos
Llame a AmeriHealth Caritas VIP Care al **1-800-803-8931** si necesita información en un formato accesible distinto de los indicados arriba. Estos son nuestros horarios de atención del 1 de octubre al 31 de marzo: Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.
¿Usted trabaja? ☐ Sí ☐ No ¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No
Indique los datos de su médico de atención primaria (PCP):
NPI del PCP: ID del PCP:
☐ Soy paciente actual de este proveedor.
Correo electrónico:
Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico (seleccione una o más opciones): Comunicaciones relacionadas con: ☐ Educación en salud. ☐ Recordatorios de salud.
☐ Otra información (especifique):

Para personas que estén ayudando a un afiliado a completar este formulario únicamente
Complete esta sección si usted es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores del SHIP, familiares u otros terceros) que está ayudando a un afiliado a completar este formulario.
Nombre:
Firma:
Relación con el afiliado:
Número de Productor Nacional (solo agentes/corredores):

Solo para uso de la oficina:			
Nombre del integrante del personal, agente o corredor (si asistió en la inscripción):			
Número de identificación del plan: 001		Fecha de vigencia de la cobertura:	
Fecha de solicitud:			
☐ ICEP/IEP	☐ AEP	☐ SEP	☐ MA OEP
No elegible:	Otro:		
Número de NIPR:	ID de agente:	Número de autorización del agente:	
Firma del agente:			

DECLARACIÓN SOBRE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacerle seguimiento a la inscripción del beneficiario en planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y efectuar el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley de Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan a recopilar esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar información sobre la inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema núm. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERIODO DE INSCRIPCIÓN

Por lo general, puede inscribirse en un plan de Medicamentos con Receta de Medicare solo durante el periodo de inscripción anual, que va desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Sin embargo, hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este periodo.

Lea las siguientes declaraciones atentamente y marque la casilla si la declaración aplica a su caso. Al marcar cualquiera de estas casillas, certifica que, a su leal saber y entender, usted cumple con los requisitos para un periodo de inscripción. Si en el futuro determinamos que esta información es incorrecta, es posible que lo desafilien.

Nuevo en Medicare o cambio en su cobertura

- ☐ Estoy haciendo mi elección durante el periodo de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre).
- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura acreditable para medicamentos con receta ("acreditable" significa que la cobertura tiene estándares similares a los de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el _____ (ingrese la fecha).
- ☐ Abandonaré o he abandonado la cobertura de mi empleador o sindicato el _____ (ingrese la fecha).
- ☐ Mi plan terminará su contrato con Medicare o Medicare está dará por terminado su contrato con mi plan.
- ☐ En los últimos 12 meses, cancelé una póliza de Medigap para unirme a un plan de Medicare Advantage* por primera vez (*plan de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta).
- ☐ He estado con Medicare, pero acabo de cumplir 65 años o cumpliré 65 años en los próximos tres meses.
- ☐ Me encuentro entre el cuarto y el séptimo mes de mi periodo de elección inicial.
- ☐ Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).

Cambio reciente de domicilio

- ☐ Recientemente me mudé, o tengo planes de mudarme, fuera del área de servicio de mi plan actual, o me mudé hace poco o tengo planes de mudarme y este plan es una nueva opción para mí el _____ (ingrese la fecha de mudanza).
- ☐ Hace poco regresé a los Estados Unidos luego de vivir un tiempo prolongado en el exterior. Volví a los Estados Unidos el _____ (ingrese la fecha).
- ☐ Me mudaré a un centro de atención a largo plazo, vivo en uno o me mudé recientemente de uno (por ejemplo, un centro de enfermería) el _____ (ingrese la fecha).
- ☐ Recientemente obtuve estatus de residencia legal en los Estados Unidos. Lo obtuve el _____ (ingrese la fecha).
- ☐ Salí de la cárcel recientemente. Recuperé mi libertad el _____ (ingrese la fecha).

DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERIODO DE INSCRIPCIÓN

Cambio en los ingresos o en las necesidades especiales o requisitos del plan

- ☐ Me inscribieron en un Plan para Necesidades Especiales (SNP), pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Me desafiliaron del SNP el _____ (ingrese la fecha).
- ☐ Tengo Medicare y recibo todos los beneficios de Medicaid. Quiero sumarme a un plan o cambiarme a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de atención administrada de Medicare y Medicaid (denominado Plan Especial para Necesidades Especiales de Elegibilidad Doble Integrado [D-SNP]).
- ☐ Estoy inscrito en un Programa Estatal de Asistencia para Medicamentos calificado, o perderé la ayuda de un Programa Estatal de Asistencia para Medicamentos.
- ☐ Hace poco dejé un plan PACE (Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad) el _____ (ingrese la fecha).
- ☐ Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el _____ (ingrese la fecha).
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (acabo de obtener Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el _____ (ingrese la fecha).
- ☐ Esta es la primera vez que tengo derecho a la Parte B.

Otro motivo

- ☐ Yo, o la persona de la que dependo para tomar decisiones sobre mi atención médica, fuimos afectados por una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias o por el gobierno federal, de mi estado o local). Una de las otras declaraciones de esta página aplicaba a mi caso, pero no pude hacer mi solicitud debido al desastre. Perdí el período de inscripción para: _____.
- ☐ Estoy inscrito en un plan clasificado con un desempeño deficiente constante.
- ☐ Me inscribiré en un plan de Medicare de 5 estrellas.
- ☐ Ninguna de las anteriores.

Si ninguna de estas afirmaciones aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con AmeriHealth Caritas VIP Care al **1-800-803-8931 (TTY 711)** para saber si es elegible para la inscripción. Estamos disponibles del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.