



Instrucciones para completar el formulario de solicitud de inscripción individual de Jefferson Health Plans

Sigue estas sencillas instrucciones para inscribirte en cualquier plan de Jefferson Health Plans.

Si tienes preguntas, puedes llamarnos de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo. Llama de 8 a.m. a 8 p.m, de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.

- 1) Cada solicitante debe utilizar un formulario por separado. No saques fotocopias de este formulario para reutilizarlo.
- 2) Lee atentamente todas las preguntas y completa el Formulario de solicitud de inscripción individual y la lista de verificación de certificación. Escribe con claridad para evitar posibles demoras.
- 3) Ten esta información disponible para obtener asistencia:
 - Tu tarjeta de Medicare. Deberás completar la información exactamente como aparece en tu tarjeta de color rojo, blanco y azul.
 - Tu número de Medicaid si recibes beneficios de Medicaid.
 - Tu(s) tarjeta(s) de identificación de cualquier otro seguro de salud que tengas además de Medicare o Medicaid.
 - El nombre y número del proveedor de atención primaria que elijas. Puedes encontrar esta información en línea, en nuestro Directorio de proveedores y farmacias en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare.
 - Tu dirección de residencia permanente. Si utilizas un apartado postal para recibir correo, indica también tu dirección permanente.
- 4) Asegúrate de firmar y fechar este formulario. Si falta una firma o una fecha, tu inscripción se retrasará.
- 5) No presentes Formularios de solicitud de inscripción individual duplicados ni solicites el mismo plan varias veces. Esto puede retrasar la inscripción.
- 6) Presenta tu Formulario de solicitud de inscripción individual completo y envíalo por correo a Jefferson Health Plans a la dirección que figura a continuación.

Puedes inscribirte en Jefferson Health Plans de cuatro maneras:

En línea: Visita nuestro sitio web, www.JeffersonHealthPlans.com/medicare, o el sitio web de Medicare, www.Medicare.gov.

Por teléfono: Llama al 1-833-477-4773 (TTY 711).

Por correo: Envía el formulario completo a la atención de: Sales Dept., Jefferson Health Plans, 1101 Market Street, Suite 3000, Philadelphia, PA 19107.

Directamente: Entrega tu formulario completo al representante de Jefferson Health Plans o a tu agente para que lo procese.

Gracias.

Certificación de elegibilidad para un período de inscripción

Generalmente, puedes inscribirte en un plan de Medicare Advantage solamente durante el período de inscripción anual, desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirte inscribirte en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Lee atentamente las siguientes afirmaciones y marca la casilla si la afirmación se aplica a tu caso. Al marcar cualquiera de las casillas, certificas que, a tu leal saber y entender, eres elegible para un período de inscripción. Si luego determinamos que esta información es incorrecta, es posible que tu inscripción se cancele.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP) (1.º de enero - 31 de marzo).
- ☐ No soy nuevo en Medicare, pero voy a cumplir 65 años.
- ☐ Me he mudado recientemente fuera del área de servicio para mi plan actual o me he mudado recientemente y tengo nuevas opciones disponibles para mí. Me mudé el (introduce la fecha): _____.
- ☐ Me han liberado recientemente de la cárcel. Me liberaron el (introduce la fecha): _____.
- ☐ He regresado recientemente a Estados Unidos después de haber vivido permanentemente fuera de EE. UU. Regresé a EE. UU el (introduce la fecha): _____.
- ☐ He obtenido recientemente el estado de residente legal en Estados Unidos. Obtuve el estado de residente el (introduce la fecha): _____.
- ☐ Hace poco tuve un cambio en mi Medicaid (recibí Medicaid recientemente, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (introduce la fecha): _____.
- ☐ Hace poco tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recibí la Ayuda Adicional recientemente, tuve un cambio en el nivel de la Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (introduce la fecha): _____.
- ☐ Me mudaré a un centro de atención prolongada (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención prolongada), vivo ahí o he dejado de vivir ahí recientemente. Me he mudado o me mudaré al centro/fuera del centro el (ingresa la fecha): _____.
- ☐ He dejado recientemente un Programa de atención con todo incluido para personas de edad avanzada (PACE) (introduce la fecha): _____.
- ☐ He perdido recientemente de manera involuntaria mi cobertura acreditable para medicamentos con receta (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos el (introduce la fecha): _____.
- ☐ Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (introduce la fecha): _____.
- ☐ Estoy en un Programa estatal de asistencia farmacéutica calificado o estoy perdiendo la ayuda de un Programa estatal de asistencia farmacéutica.
- ☐ Mi plan finalizará su contrato con Medicare, o Medicare finalizará su contrato con mi plan.

☐ Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (introduce la fecha): _____.

☐ Estaba inscrito en un plan de necesidades especiales (SNP), pero he perdido la condición de necesidad especial que se requiere para estar en ese plan. Mi inscripción en el SNP se canceló el (introduce la fecha): _____.

☐ Me vi afectado por una emergencia o un desastre importante 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 afirmaciones incluidas aquí fue aplicable a mí, pero no pude hacer mi solicitud de inscripción debido al desastre natural.

☐ Me estoy inscribiendo durante el período de inscripción anual, del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Si ninguna de estas afirmaciones es aplicable a tu caso o no estás seguro, comunícate con Jefferson Health Plans llamando al 1-833-477-4773 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para consultar si eres elegible para inscribirte. Atendemos de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.

Solo para uso exclusivo de Jefferson Health Plans y agentes autorizados:

Nombre del agente/representante/productor (en letra imprenta): _____

Firma del agente/representante/productor: _____

Número del representante (AWN): _____

Fecha en que el agente/representante/productor recibió la solicitud: _____

¿Se adjunta el alcance de la designación? ☐ Sí ☐ No

Formulario de solicitud de inscripción individual

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que deseen inscribirse en un plan de Medicare Advantage.

Para inscribirte en un plan, debes:

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

Importante: Para inscribirte en un plan de Medicare Advantage, también debes tener ambos:

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

¿Cuándo uso este formulario?

Puedes inscribirte en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para tener cobertura a partir del 1.º de enero)
- En los 3 meses siguientes a haber recibido Medicare por primera vez.
- En ciertas situaciones en las que se te permite inscribirte o cambiar de plan.

Visita [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puedes inscribirte en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Tu número de Medicare (el número que aparece en tu tarjeta de Medicare de color rojo, blanco y azul).
- Tu dirección permanente y número de teléfono.

Nota: Debes completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales; no se te puede negar la cobertura por no completarlos.

Recordatorios:

- Si deseas inscribirte en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir tu formulario completo antes del 7 de diciembre.

- Tu plan te enviará una factura por la prima del plan. También puedes elegir inscribirte para que los pagos de tu prima se deduzcan de tu cuenta bancaria o de tu beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario).

¿Qué sucede después?

Envía el formulario completo y firmado a:

Jefferson Health Plans
Attn: Sales
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107

Una vez que procesen tu solicitud de inscripción, se comunicarán contigo.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llama a Jefferson Health Plans al 1-833-477-4773. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O bien, llama a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llama a Jefferson Health Plans al 1-833-477-4773 (TTY 711) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprime el 8 para recibir asistencia en español, y un representante estará disponible para asistirte.

Personas sin hogar:

- Si deseas inscribirte en un plan, pero no tienes residencia permanente, un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibes el correo (p. ej., cheques del seguro social) se puede considerar tu dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que el documento contenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta solicitud de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es de 20 minutos por respuesta en promedio, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la solicitud de información. Si tienes comentarios con respecto a la exactitud de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escribe a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíes este formulario ni ningún elemento con tu información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA (PRA Reports Clearance Office). Todo elemento que recibamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o el tiempo necesario para proporcionar la información (descritos en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulta "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar tu formulario completo al plan.

Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)**Selecciona el plan en el que deseas inscribirte:**

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Complete (HMO): \$0 por mes | ☐ Special (HMO D-SNP): \$32.70 por mes* | ☐ Flex (PPO): \$0 por mes |
| ☐ Giveback (HMO): \$0 por mes | ☐ Dual Pearl (HMO D-SNP): \$32.70 por mes* | ☐ Flex Pro (PPO): \$18 por mes |
| ☐ Prime (HMO): \$32.70 por mes | ☐ Select (HMO D-SNP): \$32.70 por mes* | ☐ Flex Plus (PPO): \$32.70 por mes |

*Nota: Si cambias tu nivel de "Ayuda adicional", es posible que debas pagar una prima mensual de \$32.70.

NOMBRE: APELLIDO: [Opcional] Inicial del segundo nombre:

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)
/ /

Sexo:
☐ Masculino ☐ Femenino

Número de teléfono: ()

Dirección física de la residencia permanente (no ingreses un apartado postal. Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):

Ciudad: [Opcional] Condado: Estado: Código postal:

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

Dirección física: Ciudad: Estado: Código postal:

Tu información de Medicare:

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

Responde estas importantes preguntas:

¿Tendrás otra cobertura de medicamentos con receta (como VA o TRICARE) además de Jefferson Health Plans? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura: _____

Número de miembro para esta cobertura: _____

Número de grupo para esta cobertura: _____

¿Tienes cobertura completa de Medicaid? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "sí" o no estás seguro, proporciona tu número de Medicaid: _____

IMPORTANTE: Lee y firma a continuación:

- Deberé conservar tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la cobertura médica (Parte B) para permanecer en Jefferson Health Plans.
- Al inscribirme en este Plan de Medicare Advantage, reconozco que Jefferson Health Plans compartirá mi información con Medicare, que podría usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulta la Declaración de la Ley de Privacidad, a continuación). Tu respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Comprendo que puedo estar inscrito en un solo plan MA o plan Parte D a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA o plan Parte D (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- Comprendo que cuando comience mi cobertura de Jefferson Health Plans, debo obtener todos mis beneficios médicos y para medicamentos con receta de Jefferson Health Plans. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por Jefferson Health Plans incluidos en mi documento "Evidencia de cobertura" de Jefferson Health Plans (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de inscripción). Ni Medicare ni Jefferson Health Plans pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si deliberadamente proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción a este plan.
- Comprendo 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 firma un representante autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal para completar esta inscripción, y
 - 2) La documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

Firma: Fecha de hoy:

Fecha de entrada en vigencia prevista:**Si eres el representante autorizado, firma arriba y llena estos campos:**

Nombre: Dirección:

Número de teléfono: Relación con el inscrito:

Sección 2: Todos los campos de esta sección son opcionales

Responder estas preguntas es tu elección. No se te puede negar la cobertura por no responderlas.

Selecciona si deseas que te enviemos información en un idioma distinto del inglés.

☐ Español

Selecciona una opción si deseas que te enviemos información en un formato accesible.

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Comunícate con Jefferson Health Plans llamando al 1-866-901-8000 si necesitas información en un formato accesible distinto de los que se indican arriba. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo.

Llama de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabajas? ☐ Sí ☐ No

¿Tu cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

Anota tu médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Selecciona uno o más.

☐ Boletín informativo para miembros

Dirección de correo electrónico: _____

Pago de las primas de tu plan

Puedes pagar tu prima mensual del plan (incluida cualquier sanción por inscripción tardía que actualmente tengas o puedas adeudar) por correo postal, transferencia electrónica de fondos (EFT), o con tarjeta de crédito cada mes. **También puedes elegir pagar tu prima cada mes por deducción automática de tu cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).**

☐ Cheque/giro bancario (te facturaremos)

☐ Tarjeta de crédito (completa el siguiente formulario)

☐ Transferencia electrónica de fondos
(completa el siguiente formulario)

☐ Seguro Social

☐ Beneficio de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

Si tienes que pagar una cantidad del ajuste mensual relacionado al ingreso de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debes pagar esa cantidad adicional además de la prima de tu plan. NO pagues la IRMAA de la Parte D a Jefferson Health Plans.

Solo para personas que ayudan al inscrito a completar este formulario

Completa esta sección si eres una persona (es decir, agente, corredor, asesor del Programa estatal de asistencia sobre seguro médico [SHIP], familiar u otro tercero) que ayuda a un inscrito a completar este formulario.

Nombre: _____ Relación con el inscrito: _____

Firma: _____ Número de productor nacional (solo agentes/corredores): _____

DECLARACIÓN SOBRE LA 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 beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para pagar los beneficios de Medicare. La Sección 1851 de la Ley del Seguro Social y las secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, revelar e intercambiar datos de la inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema n.º 09-70-0588. Tu respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.