

Formulario de solicitud de inscripción individual para inscribirse en SFHP Care Plus (HMO D-SNP), un Plan Medicare Medi-Cal

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un Plan Medicare Advantage.

Para unirse a un plan, usted debe:

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

Importante: Para inscribirse en un Plan de Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad de Medicare Advantage, también debe tener:

- Medicare Part A (seguro hospitalario)
- Medicare Part B (seguro médico)
- Medi-Cal (el seguro Medicaid del Estado de California para personas de bajos ingresos)

¿Cuándo debo usar este formulario?

Este es un Plan de Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (D-SNP) que opera bajo el Período de inscripción especial de Atención integrada. Los miembros elegibles pueden inscribirse en cualquier momento durante el año, para tener cobertura a partir del primer día del siguiente mes calendario posterior a la inscripción.

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 figura en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura porque no los complete.

Recordatorios:

Debido a que este es un Plan de Necesidades Especiales con Doble elegibilidad (D-SNP), los miembros elegibles pueden inscribirse en cualquier momento del año a través de un Período de Inscripción Especial (SEP) mes a mes.

¿Qué sucede después?

Envíenos de vuelta el formulario firmado a:

SFHP Care Plus (HMO D-SNP)
San Francisco Health Plan
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

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

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a SFHP Care Plus al **1(415) 988-8500** o al **1(844) 254-8500** (llamada gratuita). Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.

O llame a **1-800-MEDICARE** al **(1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**.

En español:

Llame a SFHP Care Plus al **1(415) 727-2273** o **1(888) 765-7327** (llamada gratuita), TTY **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, un apartado de correos, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social), pueden considerarse su dirección particular.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona tiene obligación de responder a una solicitud de información a menos que esta cuente con un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-NEW. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta información es de 20 minutos en promedio por respuesta, lo que incluye el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario 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 elemento que contenga su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes (Reports Clearance Office) de la PRA. Cualquier artículo que recibamos que no tenga que ver con cómo mejorar este formulario o su carga de la recopilación (descrita en OMB 0938-1378) se destruirá. No se conservará, revisará ni remitirá al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completado al plan.

Formulario de inscripción de SFHP Care Plus (HMO D-SNP)

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

Seleccione el plan al que desea unirse: ☐ SFHP Care Plus (HMO D-SNP) — \$0 por mes

PRIMER nombre: _____ APELLIDO: _____

Inicial del segundo nombre: _____ Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Número de teléfono: _____ Número de teléfono alternativo (opcional): _____

Dirección de correo electrónico (opcional): _____

Doy mi consentimiento para que SFHP Care Plus, directamente o a través de terceros que actúen en su nombre, se comunique conmigo acerca de los beneficios de la cobertura del plan de salud, opciones o servicios de atención médica, educación para la salud o cualquier otro tema relacionado con el miembro. Comprendo que estos mensajes pueden ser enviados a mi teléfono celular por mensajes de texto, correos electrónicos o llamadas telefónicas, incluidas las llamadas telefónicas automatizadas para enviar mensajes pregrabados. ☐ Sí ☐ No

Puede cambiar sus preferencias de comunicación en cualquier momento llamando a Servicio al Cliente.

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal): _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Su información de Medicare

Número de Medicare: _____

La Parte A – Seguro de Hospital Fecha de entrada en vigor: _____

La Parte B – Seguro Médico Fecha de entrada en vigor: _____

Responda estas importantes preguntas

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de SFHP Care Plus? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura: _____

Número de miembro para esta cobertura: _____

Número de grupo para esta cobertura: _____

Los planes de Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (HMO, D-SNP) son para aquellos que califican para Medicare y Medicaid. Al inscribirse en este plan, usted comprende que debe permanecer inscrito en el programa estatal de Medicaid para seguir siendo elegible para este plan.

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

2) En caso afirmativo, proporcione su Número de índice de cliente (CIN) de nueve dígitos de Medicaid: _____

Formulario de inscripción de SFHP Care Plus (HMO D-SNP)

IMPORTANTE. Lea y firme a continuación.

Debo conservar tanto la atención hospitalaria (Part A) como la médica (Part B) para permanecer en SFHP Care Plus.

- Al unirme a este plan Medicare Advantage, reconozco que SFHP Care Plus compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para dar seguimiento a mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan 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.
- Comprendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez y que la inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción con otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA, PFFS y MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de SFHP Care Plus, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de SFHP Care Plus. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por SFHP Care Plus y que estén contenidos en el documento “Manual del miembro” de SFHP Care Plus, también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscriptor. Ni Medicare ni SFHP Care Plus pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal entender. Comprendo que, si intencionalmente proporciono 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 he leído el contenido de esta solicitud y lo comprendo. En caso de que lo firme un representante autorizado (como se describió anteriormente), esa firma certifica lo siguiente:
 - 1) Esta persona está autorizada de conformidad con las leyes estatales para realizar esta inscripción.
 - 2) La documentación de esta autorización está disponible a solicitud de Medicare.

Firma: _____

Fecha: _____

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Relación con la persona inscrita: _____

Sección 2 — Todos los campos en esta página son opcionales

Responder estas preguntas es su decisión. No se le puede negar la cobertura porque no los complete.

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las que correspondan.

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

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las que correspondan.

- | | |
|--|---|
| ☐ Nativo americano o nativo de Alaska | ☐ Negro o afroamericano |
| ☐ Asiático: | ☐ Nativo de Hawái e isleño del Pacífico: |
| ☐ Indio-asiático | ☐ Guamanés o chamorro |
| ☐ Chino | ☐ Nativo de Hawái |
| ☐ Filipino | ☐ Samoano |
| ☐ Japonés | ☐ Otro isleño del Pacífico |
| ☐ Coreano | ☐ Blanco |
| ☐ Vietnamita | ☐ Prefiero no responder |

Marque una opción si desea que le enviemos información en otro idioma que no sea inglés.

- ☐ Chino ☐ Español ☐ Vietnamita ☐ Ruso ☐ Tagalo

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

- ☐ Letra grande ☐ Braille ☐ Apoyo del condado ☐ CD de audio encriptado ☐ CD de datos encriptado
- ☐ Audio electrónico (no encriptado) ☐ Datos electrónicos (no encriptado)

Comuníquese con SFHP Care Plus al **1(415) 988-8500** o al **1(844) 254-8500** (llamada gratuita) si necesita información en un formato accesible diferente al mencionado anteriormente. De octubre a marzo, nuestros especialistas de Medicare están disponibles todos los días, de 8:00am a 8:00pm. De abril a septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00am a 8:00pm. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.

¿Trabaja usted? ☐ Sí ☐ No **¿Su cónyuge trabaja?** ☐ Sí ☐ No

Indique quién es su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud: _____

Información de la cobertura

Fecha propuesta de entrada en vigencia de la cobertura: _____

Período de elección: ☐ IEP/ICEP ☐ AEP ☐ SEP ☐ OEPI

Formulario de inscripción de SFHP Care Plus (HMO D-SNP)

Solo para personas que ayuden a las personas inscritas a completar este formulario

Complete esta sección si usted es una persona (por ejemplo, agentes, corredores, asesores del SHIP, familiares u otros terceros) que ayuda a una persona inscrita a completar este formulario.

Nombre: _____

Relación con la persona inscrita: _____

Firma: _____

Número de Productor Nacional: (Solo agentes/corredores) _____

Espacio opcional para otra información administrativa que necesite el plan:

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y pagar 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 pueden usar, divulgar e intercambiar información de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", Sistema No. 09-700588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Certificación de elegibilidad para un Período de inscripción

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage únicamente durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle cancelar la inscripción de un plan Medicare Advantage fuera de este período. Debido a que este es un Plan de Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (D-SNP), los miembros elegibles pueden inscribirse en cualquier momento del año bajo el Período de Inscripción Especial (SEP) de Atención Integrada.

Lea con atención las siguientes declaraciones y en caso de que una declaración aplique a usted, marque la casilla correspondiente. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal entender, es elegible para un período de elección. Si más adelante determinamos que esta información no es correcta, se puede cancelar su inscripción.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Me estoy inscribiendo en un plan Medicare Advantage D-SNP como parte de un Período de inscripción especial (SEP).
- ☐ Me estoy inscribiendo en un plan Medicare Advantage y quiero 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 recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (insertar fecha) _____
- ☐ Recientemente salí de la cárcel. Fui liberado el (insertar fecha) _____

Formulario de inscripción de SFHP Care Plus (HMO D-SNP)

- ☐ Recientemente regresé a United States después de vivir permanentemente fuera del país.
Regresé a U.S. el (insertar fecha) _____
- ☐ Recientemente obtuve el estado legal para permanecer en United States. Obtuve este estado 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 mi cobertura de Medicaid) el (insertar fecha) _____
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Extra Help (Ayuda Adicional) para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recién recibí Extra Help, tuve un cambio en el nivel de Extra Help o perdí Extra Help) el (insertar fecha) _____
- ☐ Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Extra Help para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- ☐ Me mudaré a, vivo en o me mudé recientemente de un Centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo).
Me mudé/me mudaré de/hacia el centro el (insertar fecha) _____
- ☐ Recientemente salí de un programa PACE el (insertar fecha) _____
- ☐ Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (insertar fecha) _____
- ☐ Dejaré de estar cubierto por mi empleador o sindicato el (insertar fecha) _____
- ☐ Estoy en un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- ☐ Mi plan termina su contrato con Medicare, o Medicare termina su contrato con mi plan..
- ☐ Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha) _____
- ☐ Estuve inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP), pero perdí la calificación para necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Me dieron de baja del SNP el (insertar fecha) _____
- ☐ Me vi afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre mayor según lo declarado por la Federal Emergency Management Agency (FEMA). Una de las otras declaraciones de aquí se aplicaba a mí, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con SFHP Care Plus al **1(415) 988-8500** o al **1(844) 254-8500** (llamada gratuita). De octubre a marzo, nuestros especialistas de Medicare están disponibles todos los días, de 8:00am a 8:00pm. De abril a septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00am a 8:00pm. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**. Visítenos en **sfhp.org**.

SFHP Care Plus (HMO D-SNP) es un plan HMO con un contrato con Medicare y Medi-Cal. La inscripción en SFHP Care Plus depende de la renovación del contrato.