

¿Quiénes pueden usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare y quieren afiliarse a un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, usted debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los Estados Unidos
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, además debe tener ambas partes:

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

¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede usarlo para inscribirse en un plan:

- Cada año, entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre (para que la cobertura empiece el 1 de enero)
- En un plazo de 3 meses a partir de la fecha en que empezó a tener Medicare
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan

Visite es.Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para poder 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 todas las partes de la Sección 1. Las partes de la Sección 2 son opcionales — no se le puede negar la cobertura por no haberlas completado.

Recordatorios:

- Si quiere inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (15 de octubre – 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Usted puede optar por que se le deduzcan los pagos de la prima de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Trabajadores Ferroviarios).

Personas sin hogar (indigentes)

Si desea afiliarse a un plan pero no tiene un domicilio permanente, un apartado de correos (P.O. Box), la dirección de un albergue o clínica, o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, donde recibe sus cheques del seguro social) podrían considerarse la dirección de su domicilio permanente.

¿Qué pasa después?

Envíe su formulario completado y firmado a:
KelseyCare Advantage
P.O. Box 841569
Pearland, Texas 77584-9832

Una vez que procesen su solicitud de afiliación, se pondrán en contacto con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda para llenar este formulario?

Llame a KelseyCare Advantage al 1-866-535-8343; los usuarios de TTY pueden 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.

En español: Llame a KelseyCare Advantage al 1-866-535-8343 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para recibir asistencia en español y un representante estará disponible para ayudarle.

KelseyCare Advantage, ofrecido por KS Plan Administrators, LLC, es un plan HMO y POS de Medicare Advantage con contrato con Medicare. La inscripción en KelseyCare Advantage depende de la renovación del contrato

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 esta muestre un número de control de la OMB válido. El número de control de la OMB vigente para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo necesario para completar esta información se calcula en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios relacionados con la exactitud del tiempo calculado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor envíe una carta 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 reclamaciones, pagos, historiales médicos, etc.) a la PRA Reports Clearance Office (la Oficina de Autorización de Informes). Cualquier documento que recibamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni remitirá al plan. Consulte la sección "¿Qué pasa después?" en esta página para enviar su formulario completado al plan.

Sección 1 – Todos los campos de esta página son requeridos (a menos que se indique como opcional). Seleccione el plan al que quiera afiliarse:

Planes que cubren Médico y Medicamentos recetados		Disponible SOLO en los siguientes condados
	Signature (Plan HMO) \$0/mes Parte D El deducible es de \$0 para los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5*	Brazoria, Fort Bend, Harris, Montgomery, Galveston (excluye la Isla de Galveston)
	Freedom (Plan HMO-POS) \$0/mes, el deducible de la Parte D es de \$200 para los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5*	Brazoria, Fort Bend, Harris, Montgomery, Galveston (excluye la Isla de Galveston), Austin, Grimes, San Jacinto, Waller, Chambers, Liberty, Walker, Wharton
Planes que cubren solo Médico		Disponibles SOLO en los siguientes condados
	Core (HMO Plan) \$0/mes	Brazoria, Fort Bend, Harris, Montgomery, Galveston (excluye la Isla de Galveston), Austin, Grimes, San Jacinto, Waller, Chambers, Liberty, Walker, Wharton

*El deducible no se aplica a los medicamentos de los niveles 1,2,6 ni a la insulina.

PRIMER NOMBRE: _____ **APELLIDO:** _____ [Opcional: Inicial del segundo nombre] _____

Fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY)
(___ / ___ / _____)

Sexo:
 Hombre Mujer

Número de teléfono:
(_____)

Número y calle del domicilio permanente (No ingrese un Apartado Postal o "PO Box"): (Nota: para las personas sin hogar, un apartado postal o "PO Box" puede considerarse su dirección de residencia permanente):

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

Dirección postal, si es distinta de su dirección permanente (se permite un Apartado postal o "PO Box"):
Número y calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Su información de Medicare

Por favor utilice su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

- Complete esta información como aparece en su tarjeta de Medicare.
- O-

Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Trabajadores Ferroviarios.

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare): _____

Número de Medicare: _____

Con derecho a:

Cobertura empieza:

HOSPITAL (Parte A) _____

MÉDICO (Parte B) _____

Debe tener las Partes A y B de Medicare para participar en un plan Medicare Advantage.

Conteste estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos recetados (como VA o TRICARE) además de KelseyCare Advantage?
 Sí No

Nombre de la otra cobertura: _____ Número de afiliación de la cobertura: _____ N^o. de grupo de la cobertura: _____

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la cobertura médica (Parte B) para permanecer en KelseyCare Advantage.
- Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage, acepto que KelseyCare Advantage comparta mi información con Medicare, y que Medicare podrá utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, efectuar pagos y para otros fines permitidos por la legislación federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Responder a este formulario es voluntario. Sin embargo, el hecho de no responder podría afectar su inscripción en este plan.
- Entiendo que puedo estar inscrito en solamente un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan automáticamente pondrá fin a mi inscripción en otro plan MA (aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de KelseyCare Advantage debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados a través de KelseyCare Advantage. Se cubrirán los beneficios y servicios autorizados por KelseyCare Advantage y estarán incluidos en mi documento Evidencia de cobertura de KelseyCare Advantage (este también se conoce como contrato de integrante o contrato de afiliado/suscriptor). Ni Medicare ni KelseyCare Advantage pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos
- Al proporcionar mi número de teléfono a KelseyCare Advantage, acepto recibir llamadas automatizadas, mensajes pregrabados o mensajes de texto relacionados con mi atención médica por parte de KelseyCare Advantage y sus afiliados. Tengo entendido que podrían aplicarse tarifas de mensajes y datos. Las condiciones y la información sobre privacidad están disponibles en www.kelseycareadvantage.com (solo en inglés). Si desea darse de baja, comuníquese con el Servicio de Atención al Miembro llamando al 866-535-8343 y solicite que le incluyan en nuestra lista de no-llamar. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.
- La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender Entiendo que si a propósito presento datos falsos en este formulario, se me dará de baja 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 el contenido de esta solicitud. Si está firmada por una persona autorizada (como se describe anteriormente), la firma certifica que:
1) esta persona está autorizada bajo la ley estatal para llenar esta solicitud de 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:
Para las personas que ayudan a los inscritos a completar este formulario únicamente:**

Complete esta sección si es la persona (es decir, agente, corredor, asesor de SHIP, familiar u otro tercero) que ayuda al afiliado a completar este formulario. **Nota:** Agentes/Corredores: deben completar este recuadro **completamente**.

Nombre (no debe ser el nombre del afiliado): _____

Relación con el afiliado: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Número de identificación de productor nacional (NPN) del agente/corredor: _____

de Identificación del plan: _____ Fecha de vigencia de la cobertura: _____

Seleccione el período de inscripción apropiado. (Si es SEP, escriba el SEP deseado, por ejemplo, SEPR para el de 5 estrellas)

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ MA OEP: _____ No elegible: _____

Sección 2: todos los campos de esta sección son opcionales

Seleccione esta opción si desea que le enviemos la información en este idioma. Español

Seleccione una de las casillas si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Braille Letra grande CD de audio CD de información

Favor de comunicarse a KelseyCare Advantage al 713-442-CARE (2273) si necesita información en otro formato o idioma diferente de lo indicado arriba. Nuestras horas hábiles son de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja? Sí No

¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Indique su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), clínica u otro centro de salud:

Si se está cambiando de otro plan, ¿cuál es el nombre del plan o del plan de Medicare del que se está cambiando?

Quiero recibir los siguientes documentos mediante correo electrónico.

_____ **Sí**, quiero recibir muchos de los documentos de mi plan por entrega electrónica. Le enviaremos un correo electrónico cuando se publiquen en línea nuevas comunicaciones (por ejemplo, boletines trimestrales o notificaciones anuales de cambios). Podrá acceder a estas comunicaciones mediante cualquier dispositivo como computadora, tableta o teléfono móvil.

Correo electrónico: _____

Cómo pagar las primas de su plan:

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluidas las sanciones por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda adeudar) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés) o tarjeta de crédito cada mes. **También puede pagar su prima mediante deducción automática de su cheque mensual de beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés).**

Si usted tiene que pagar un importe de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA, por sus siglas en inglés), debe pagar este importe adicional además de su prima del plan. NO le pague a KelseyCare Advantage la Parte D-IRMAA.

Favor de seleccionar una opción para pagar la prima:

Recibir una factura

Transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés) de su cuenta bancaria cada mes. Por favor adjunte un cheque ANULADO (CANCELADO) o proporcione la siguiente información:

Nombre en la cuenta: _____ Tipo de cuenta: Cheques Ahorros

Número de identificación del banco (routing number): _____ Número de la cuenta bancaria: _____

Deducción automática del cheque mensual de beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social o de la RRB puede tardar dos o más meses en comenzar a efectuarse después de que el Seguro Social o la RRB la aprueben.

En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas que adeude desde la fecha de entrada en vigor de su inscripción hasta que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel para el pago de sus primas mensuales).

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recopilan la información de los planes de Medicare para hacer el seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y efectuar el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851, 422.50 y 422.60 de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS podrán usar, divulgar e intercambiar datos de los beneficiarios de Medicare, según se especifican en el Sistema de Notificación de Registros (SORN, por sus siglas en inglés) No. 09700588 que se denomina "Medicamentos con Receta de Medicare Advantage" (MARx, por sus siglas en inglés). Responder a este formulario es voluntario. Sin embargo, el hecho de no responder podría afectar la inscripción en el plan.

Certificación de elegibilidad durante un Período de Inscripción

Generalmente, usted puede inscribirse en el plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage en una fecha fuera de este período.

Por favor lea las siguientes declaraciones con cuidado y señale la casilla de cualquier declaración que le corresponda a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible durante un Período de Inscripción. Si después determinamos que esta información no es la correcta, se puede cancelar su inscripción.

- Soy integrante nuevo de Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo 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 me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (ingrese la fecha) _____.
- Recientemente fui liberado de prisión. Me liberaron el (ingrese la fecha) _____.
- Hace poco regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el (ingrese la fecha) _____.
- Recientemente obtuve el estatus de residencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (ingrese la fecha) _____.
- Recientemente hubo un cambio en mi Medicaid (acabo de obtener Medicaid, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (ingrese la fecha) _____.
- Hace poco hubo un cambio en mi Ayuda Extra para el pago de la cobertura de Medicare de medicamentos con receta (acabo de obtener Ayuda Extra, hubo un cambio en el nivel de Ayuda Extra o perdí la Ayuda Extra) el (ingrese la fecha) _____.
- Tengo Medicare y recibo los beneficios completos de Medicaid. Quiero participar o cambiarme a un plan que coordina la cobertura entre mis planes de Medicare y Medicaid (llamado Plan integrado para Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad, o D-SNP, por sus siglas en inglés).
- Me voy a mudar, vivo en o hace poco me mudé de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar para adultos mayores o centro de atención a largo plazo). Me mudé o me voy a mudar al/del centro el (ingrese la fecha) _____.
- Recientemente me salí de un programa PACE, el (ingrese la fecha) _____.
- Recientemente perdí, de manera involuntaria, mi cobertura válida para medicamentos recetados (una cobertura tan buena como la de Medicare).
Perdí la cobertura de mis medicamentos el (ingrese la fecha) _____.
- Voy a dejar la cobertura de un empleador o sindicato el (ingrese la fecha) _____.
- Estoy inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica, o estoy a punto de perder la ayuda de un Programa estatal de asistencia farmacéutica.
- Mi plan terminará su contrato con Medicare, o bien Medicare terminará 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 (ingrese la fecha) _____.
- Estuve inscrito en un plan por necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero dejé de cumplir con los requisitos de necesidades especiales que se exigen para formar parte del plan. Me cancelaron la suscripción del SNP el (ingrese la fecha) _____.
- Me vi afectado por una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA, por sus siglas en inglés] o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Una de las otras declaraciones que se muestran aquí corresponde a mi situación, pero no pude inscribirme debido al desastre.
- Me inscribí en la Parte A (seguro hospitalario) o la Parte B (seguro médico) durante un Período de Inscripción Especial para el cual calificué debido a una circunstancia excepcional. Quiero inscribirme en un plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos).
- Me inscribí en la Parte A (seguro hospitalario) o la Parte B (seguro médico) durante un Período de Inscripción Especial para el cual calificué debido a una circunstancia excepcional. Quiero inscribirme en un plan de medicamentos de Medicare (Parte D).

Si ninguna de estas declaraciones le corresponde a usted o no está seguro, comuníquese a KelseyCare Advantage al 713-442-CARE (2273) o sin cargo al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para ver si califica para inscribirse. Abrimos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-535-8343. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-535-8343. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-535-8343。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-535-8343。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-535-8343. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-535-8343. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-535-8343 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-535-8343. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 -866-535-8343 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-535-8343. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا 1-866-535-8343. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-535-8343 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-535-8343. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-535-8343. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-535-8343. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-535-8343. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-866-535-8343**にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。