

**El Plan de necesidades especiales para personas con elegibilidad doble CareAdvantage (CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) es un plan que tiene contrato con Medicare y con Medi-Cal. La inscripción en CareAdvantage D-SNP depende de la renovación del contrato.**

Llenar esta solicitud es el primer paso para tener acceso a una amplia variedad de beneficios y servicios de atención médica. Además, usted puede ponerse en contacto con un equipo local que le ayudará a usar esos beneficios para así mantenerse saludable.

**Unirse a CareAdvantage es muy sencillo.** Puede enviar este formulario a HPSM en tres formas:

**Correo postal:**

Health Plan of San Mateo  
C/O Medicare Specialist Team  
801 Gateway Blvd., Suite 100  
South San Francisco, CA 94080

**o bien**

**Email:**

Fotografíe o escanee cada  
página y envíe como archivo  
adjunto a [sales@hpsm.org](mailto:sales@hpsm.org)

**o bien**

**Fax:**

650-616-2190

**¿Quiénes pueden llenar este formulario?** Las personas que tienen **solamente** la cobertura de salud de las Partes A y B de Medicare y de Medi-Cal de HPSM

**¿Cuándo tengo que usar este formulario?** Puede llenar este formulario para unirse a CareAdvantage en las siguientes ocasiones:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que se inicia el 1 de enero del año siguiente)
- Durante los 3 meses siguientes a obtener la cobertura de Medicare por primera vez
- En algunas situaciones en las que se le permite unirse a un plan o cambiar de plan (obtenga más información en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))

**Para unirse a este plan, usted debe** ser ciudadano estadounidense o estar legalmente en los Estados Unidos y vivir en el condado de San Mateo.

**¿Qué necesito para llenar este formulario?** Necesitará su número de Medicare (el de la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare), su número de Medi-Cal, su dirección y número de teléfono. *Si no tiene dirección permanente, una casilla postal, la dirección de un refugio o clínica o una dirección donde reciba correspondencia (cheques del Seguro Social, etc.) puede considerarse su dirección permanente.*

**¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?** El equipo de especialistas en Medicare de HPSM está listo para ayudarle a inscribirse en CareAdvantage. Llámelos al **1-888-252-3153** (sin costo) o al **650-616-1500** de lunes a viernes de 9 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-855-3000** o marcar **7-1-1**.

## IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún documento que contenga su información personal (como reclamos, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes (Reports Clearance Office) de la Ley de reducción de papeleo (PRA, por sus siglas en inglés). Se destruirá todo documento que recibamos que no tenga como fin mejorar este formulario o su carga de recopilación (según se describe en OMB 0938-1378). No se conservará, ni se evaluará ni se remitirá al plan.

## DECLARACIÓN DE LA LEY DE CONFIDENCIALIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y el Título 42 del CFR, secciones 422.50 y 422.60, autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare tal como se especifica en el Aviso del sistema de registros (SORN, por sus siglas en inglés) "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)", Número de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, el no responder puede afectar la inscripción en el plan.

De conformidad con la Ley de reducción de papeleo (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a la recopilación de información a menos que la misma exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para la recopilación de esta información es 0938-1378. Se estima que el tiempo requerido para completar esta información es de un promedio de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para leer las instrucciones, realizar búsquedas en los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, y proporcionar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios con respecto a la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, sírvase escribir a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

**Háblenos sobre usted (todos los campos son obligatorios, a menos que se identifiquen como opcionales):**

Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre <i>(opcional)</i>		
	Masculino	Femenino		
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo	Teléfono		
Dirección del hogar <i>(donde usted vive)</i>	Ciudad	Estado	Código postal	Condado <i>(opcional)</i>
Dirección postal <i>(en caso de ser distinta a la del hogar)</i>	Ciudad	Estado	Código postal	Condado <i>(opcional)</i>
Dirección de email	Contacto en caso de emergencia	Teléfono del contacto en caso de emergencia		

Número de Medicare *(Esta información se encuentra en el frente de su tarjeta de Medicare).*

¿Usted trabaja?      Sí      No

Número de Medi-Cal *(Esta información se encuentra en el frente de su tarjeta de identificación de HPSM).*

¿Su cónyuge trabaja?      Sí      No

**Otra cobertura de medicamentos con receta**

¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de CareAdvantage?      Sí      No

Nombre de la cobertura	Número de identificación de miembro	Número de identificación de grupo
Fecha de inicio (MM/DD/AAAA)		

**IMPORTANTE: Lea lo siguiente y firme para confirmar que lo comprende:**

- Para permanecer en CareAdvantage, debo conservar los beneficios tanto de las Partes A y B de Medicare como de Medi-Cal de HPSM.
- Solo puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage a la vez. La inscripción en cualquier otro plan finalizará en forma automática cuando me inscriba en CareAdvantage (las excepciones son los planes MA PFFS, MA MSA).
- CareAdvantage compartirá mi información con Medicare, que la puede usar para hacer un seguimiento de mi inscripción, para hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (vea Declaración de la ley de confidencialidad). Su respuesta a este formulario es voluntaria, pero el no responder puede afectar su inscripción en CareAdvantage.
- Cuando comienza mi cobertura de CareAdvantage, debo recibir todos mis beneficios de atención médica y de medicamentos con receta de parte de CareAdvantage. Los beneficios y servicios proporcionados por CareAdvantage y contenidos en mi Evidencia de cobertura (EOC) (también llamada Manual del miembro) estarán cubiertos. Ni Medicare ni CareAdvantage pagará por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información incluida en este formulario es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si de forma intencional proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi membresía en CareAdvantage.
- Mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en este formulario significa que lo he leído y que entiendo su contenido. Si es firmado por un representante autorizado (según se describió anteriormente), esta firma certifica que esta persona está autorizada de conformidad con la ley estatal para llevar a cabo esta inscripción, y que los documentos de esta autoridad están disponibles a solicitud de Medicare o Medi-Cal.

Su firma	Fecha
----------	-------

Nombre del representante (escriba con letra de molde)	Firma del representante
---	-------------------------

Dirección del representante	Ciudad	Estado	Código postal	Condado <i>(opcional)</i>
-----------------------------	--------	--------	---------------	---------------------------

Relación con la persona inscrita	Teléfono del representante	Fecha de hoy
----------------------------------	----------------------------	--------------

## Información adicional

Responder estas preguntas es opcional. No se le puede negar la cobertura por el hecho de que no las responda.

¿Es usted hispano, latino o de origen español? Marque todas las opciones que correspondan

No, no soy hispano, latino ni de origen español

Sí, puertorriqueño

Sí, soy de otro origen hispano, latino o español

Sí, mexicano, mexicanoamericano, chicano

Sí, cubano

**Prefiero no responder.**

¿Cuál es su raza? Marque todas las opciones que correspondan.

Indígena norteamericano u originario de Alaska

Asiático:

Indoasiático

Japonés

Otro origen asiático

Chino

Coreano

Filipino

Vietnamita

Negro o afroamericano

Originario de Hawái o las Islas del Pacífico:

Natural de Guam o Chamorro

Samoano

Originario de Hawái

Originario de otra isla del Pacífico

Blanco

**Prefiero no responder**

¿Cuál es su sexo? Elija solo una respuesta.

Mujer

No binario

Hombre

Uso un término diferente: \_\_\_\_\_

**Prefiero no responder**

¿Cuál de las siguientes opciones reflejan mejor lo que se considera? Elija solo una respuesta.

Lesbiana o gay

Heterosexual, es decir, ni gay ni lesbiana

Bisexual

Uso un término diferente: \_\_\_\_\_

No sé

**Prefiero no responder**

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

Inglés

Español

Tagalo

Chino

Elija solo una respuesta si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Letra grande

Braille

CD de audio

Otro: \_\_\_\_\_

Comuníquese con CareAdvantage al **1-866-880-0606** si necesita información en un formato accesible que no sea ninguno de los indicados con anterioridad. Nuestro horario de oficina es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (TTY: **1-800-855-3000** o **7-1-1**).

Nombre de su proveedor de atención primaria, clínica o centro de salud actual:

### Solo para las personas que ayudan a la persona inscrita a llenar este formulario

Conteste esta sección si es una persona (p. ej., agente, corredor, asesor de SHIP, familiar u otro tercero) que está ayudando a una persona inscrita a llenar este formulario.

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con la persona inscrita: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Número nacional de productor  
(agentes/corredores exclusivamente): \_\_\_\_\_

[espacio opcional para otra información administrativa que el plan necesite]