



FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE MEDICARE 2020

SIGA ESTOS PASOS PARA COMPLETAR SU FORMULARIO DE SOLICITUD:

Paso 1: Elija su plan

- **Advantage MD (HMO)** está disponible en los siguientes condados: Condado de Anne Arundel, condado de Baltimore, ciudad de Baltimore, condado de Calvert, condado de Carroll, condado de Frederick, condado de Howard, condado de Montgomery, condado de Somerset, condado de Washington, condado de Wicomico y condado de Worcester.
- **Advantage MD (PPO) y Advantage MD Plus (PPO)** están disponibles en los siguientes condados: Condado de Anne Arundel, condado de Baltimore, ciudad de Baltimore, condado de Calvert, condado de Carroll, condado de Frederick, condado de Howard, condado de Somerset, condado de Washington, condado de Wicomico y condado de Worcester. (No disponible en el condado de Montgomery).
- **Advantage MD Premier (PPO)** se encuentra disponible solo en el condado de Montgomery.

Pasos 2 y 3: Complete con su dirección y la información sobre Medicare

Paso 4: Elija cómo pagar su prima

Pasos 5 y 6: Responda las preguntas importantes y elija a su proveedor

Paso 7: Lea con cuidado, firme y regrese el formulario en el sobre prepago

SUGERENCIAS ÚTILES

- Llame a Johns Hopkins Advantage MD si necesita ayuda para seleccionar a un proveedor de atención primaria.
- Regrese su solicitud en el sobre con la dirección del remitente que se le ha proporcionado o envíe su solicitud a: Johns Hopkins Advantage MD P.O. Box 3538 Scranton, PA 18505.
- También puede enviar su solicitud por fax al 1-855-825-7723.
- No envíe por correo el pago junto con la solicitud.



¿NECESITA AYUDA? ¿QUIERE INSCRIBIRSE MÁS RÁPIDO?

LLAME AHORA: 1-888-403-7662 (TTY: 711)

De 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, deberá dejar un mensaje los fines de semana y los feriados. O diríjase a HopkinsMedicare.com para repasar la información del plan e inscribirse en línea.

PASOS A SEGUIR:

Una vez que su inscripción sea aceptada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, le enviaremos una carta de inscripción, los materiales para nuevos miembros y su tarjeta de identificación de Johns Hopkins Advantage MD. Si sus ingresos son limitados, puede calificar para obtener "Ayuda Adicional" para pagar el costo de los medicamentos recetados. Puede solicitar Ayuda Adicional en línea a través del sitio web www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Comuníquese con Johns Hopkins Advantage MD al 1-888-403-7662 (TTY: 711) si necesita información en otro idioma o formato (braille). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, deberá dejar un mensaje los fines de semana y los feriados.

I. Seleccione su plan

VERIFIQUE EN CUÁL PLAN DESEA INSCRIBIRSE:

Planes HMO	Plan Premium	Plan Premium + Beneficio suplementario opcional *
Johns Hopkins Advantage MD (HMO) (Solo ciudad de Baltimore)	<input type="checkbox"/> \$0 al mes	<input type="checkbox"/> \$30 al mes <i>Incluye acondicionamiento físico y odontología integral</i>
Johns Hopkins Advantage MD (HMO) (Disponibles en nuestra área de servicios).	<input type="checkbox"/> \$25 al mes	<input type="checkbox"/> \$55 al mes <i>Incluye acondicionamiento físico y odontología integral</i>
Planes PPO	Plan Premium	Plan Premium + Beneficio suplementario opcional *
Johns Hopkins Advantage MD (PPO) (No se encuentra disponible en el condado de Montgomery)	<input type="checkbox"/> \$75 al mes	<input type="checkbox"/> \$105 al mes <i>Incluye acondicionamiento físico y odontología integral</i>
Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO) (No se encuentra disponible en el condado de Montgomery)	<input type="checkbox"/> \$105 al mes <i>Incluye el beneficio de acondicionamiento físico sin costo adicional</i>	<input type="checkbox"/> \$133 al mes <i>Incluye odontología integral (el acondicionamiento físico se encuentra incluido en el plan premium)</i>
Advantage MD Premier (PPO) (solo en el condado de Montgomery)	<input type="checkbox"/> \$350 al mes <i>Incluye acondicionamiento físico y odontología integral sin costo adicional</i>	

* Por favor vea el Resumen de beneficios para obtener más información sobre los Beneficios suplementarios opcionales.

2. Suministre la siguiente información

Apellido: _____ **Nombre:** _____ **Inicial del segundo nombre:** Sr. Sra. Srta.

Fecha de nacimiento: _____ **Sexo:** M F **Número de teléfono principal:** _____ **Número de teléfono alternativo:** _____

(/ /)
(MM / DD / AAAA) número de teléfono móvil número de teléfono móvil

Correo electrónico: (Opcional): _____

Dirección de residencia permanente (no se permiten los apartados de correos):

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

Dirección de envíos (solo si es diferente de su dirección de residencia permanente):

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

INFORMACIÓN OPCIONAL

Contacto de emergencia: _____ **Relación con el miembro:** _____ **Número de teléfono:** _____

3. Suministre su información de seguro Medicare

Saque su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para llenar este segmento.

- Llene esta información como aparece en su tarjeta de Medicare

- O -

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de su carta emitida por el Seguro Social o por la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios.

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare):

Número de Medicare:

Tiene derecho a:

Fecha de entrada en vigencia:

HOSPITAL (Parte A)

MÉDICO (Parte B)

Debe contar con la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

4. Pago de la prima de su plan

Advantage MD HMO (solo ciudad de Baltimore): Si determinamos que usted debe una multa por inscripción tardía (o si tiene una multa por inscripción tardía en este momento), necesitamos saber cómo preferiría pagarla. Puede pagar por correo o por transferencia electrónica de fondos (EFT) mensualmente. También puede elegir pagar su prima mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB) mensualmente.

Advantage MD HMO, Advantage MD PPO, Advantage MD Plus y Advantage MD Premier:

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que se le haya aplicado o pueda aplicarse) por correo o transferencia electrónica de fondos (EFT) mensualmente. También puede elegir pagar su prima mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB) mensualmente.

Si usted tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Será responsable de pagar este monto adicional además de su prima del plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o se le facturará directamente a través de Medicare o la RRB. **NO pague a Johns Hopkins Advantage MD el IRMAA de la Parte D.**

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califiquen no estarán sujetos a un periodo de transición de cobertura o multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben.

Si reúne las condiciones para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos con prescripción médica de Medicare, Medicare cubrirá la totalidad de la prima de su plan o parte de ella. Si Medicare paga únicamente una porción de esta prima, le facturaremos el monto no cubierto por Medicare. Para más información sobre esta Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al **1-800-772-1213**. Los usuarios de **TTY** deben llamar al **1-800-325-0778**. También puede solicitar Ayuda Adicional en línea a través del sitio web www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si es residente de Maryland, también puede reunir las condiciones para el programa de Asistencia de Medicamentos Recetados para Personas de Edad Avanzada (SPDAP). Para obtener más información, llame al 1-800-551-5995 (TTY 1-800-877-5156) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Diríjase al sitio web <http://marylandspdap.com/>.

Por favor, seleccione una opción de pago de prima. **Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura mensual.**

Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria mensualmente.

- El proceso de inscripción para EFT por lo general toma de 4 a 5 semanas. Mientras espera por la EFT, recibirá estados de cuenta mensuales. Debe pagar su prima directamente a **Johns Hopkins Advantage MD al P.O. Box 419169, Boston, MA 02241-9169.**

Adjunte un cheque ANULADO o proporcione lo siguiente:

Nombre del titular de la cuenta _____

Número de enrutamiento _____ Número de cuenta bancaria _____

Tipo de cuenta:

Cuenta corriente

Caja de ahorros

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

Recibo beneficios mensuales de: Seguridad Social RRB

La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar dos meses o más para comenzar a partir de que el Seguro Social o RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios de Seguro Social o RRB incluirá todas las primas vencidas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el punto en que comienza la retención. Si el Seguro Social o RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa de sus primas mensuales.

Obtener una factura mensual.

Los pagos vencen el primer día de cada mes. Haga su cheque, cheque de caja o giro bancario pagadero a **Johns Hopkins Advantage MD** y envíelo por correo directamente a **Johns Hopkins Advantage MD, P.O. Box 419169, Boston, MA 02241-9169.**

5. Por favor, lea y responda estas preguntas importantes

1. ¿Padece usted de Insuficiencia Renal Terminal (ESRD)? SÍ NO

Si usted tuvo un trasplante de riñón exitoso o ya no necesita diálisis periódicamente, **adjunte una nota o la historia clínica** de su médico, donde se constate que tuvo un trasplante de riñón exitoso o que no necesita diálisis. De lo contrario, es posible que debamos comunicarnos con usted para obtener más información.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, como otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios médicos para empleados federales, beneficios de la Administración de Veteranos (VA) o programas estatales de ayuda farmacéutica.

¿Optaría por tener otra cobertura de medicamentos recetados además de la de Johns Hopkins Advantage MD?

Sí No

En caso afirmativo, por favor enumere la otra cobertura y los números de identificación (ID) de esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura: _____

Número de ID para esta cobertura: _____

Número de grupo para ésta cobertura: _____

3. ¿Reside usted en un centro de cuidado a largo plazo, tal como un asilo de ancianos? SÍ NO

En caso afirmativo, suministre la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle): _____

4. ¿Está inscrito en su programa de Medicaid Estatal? SÍ NO

En caso afirmativo, suministre su número de Medicaid: _____

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan? SÍ NO

6. Por favor, seleccione el nombre de un médico de cuidados primarios (PCP), clínica o centro de salud:

Identificación del PCP/

Número de ID del contacto: _____

¿Es paciente de este PCP actualmente? SÍ NO

Por favor, marque una de las casillas que se encuentran a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma diferente al inglés o en otro formato accesible:

Idioma _____

Braille, cinta de audio o letra grande _____

Comuníquese con Johns Hopkins Advantage MD a través del número 1-888-403-7662 si necesita información en otro formato accesible o idioma distinto a los mencionados anteriormente. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los horarios de atención son de 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. De 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes entre el 1 de abril y el 30 de septiembre. Los fines de semana y los feriados deberá dejar un mensaje.

6. Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Por lo general, usted puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Lea los siguientes enunciados cuidadosamente y marque la casilla si el enunciado aplica a su situación. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Me mudé recientemente 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) _____
- Me liberaron recientemente de prisión. Me liberaron el (ingrese la fecha) _____
- Regresé recientemente a Estados Unidos luego de haber vivido de manera permanente fuera de este país. Regresé a Estados Unidos el (ingrese la fecha) _____
- Obtuve recientemente el estado de presencia legal en Estados Unidos. Obtuve este estado el (ingrese la fecha) _____
- Recientemente tuve un cambio en mi cobertura Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura Medicaid) el (ingrese la fecha) _____
- Recientemente tuve un cambio en la Ayuda Adicional que recibo para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente obtuve Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (ingrese la fecha) _____
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- Me mudaré a un centro de cuidados a largo plazo, vivo en él o me retiré recientemente de uno (por ejemplo, un centro de enfermería o un centro de cuidados prolongados). Me mudé/mudaré a/del centro el (ingrese la fecha) _____
- Recientemente dejé un Programa de Cuidados Integrales para Personas de Avanzada Edad (PACE) el (ingrese la fecha) _____
- Perdí recientemente de manera involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (ingrese la fecha) _____
- Dejo de tener la cobertura del empleador o sindicato el (ingrese la fecha) _____
- Pertenezco a un Programa de asistencia farmacéutica provisto por mi estado.

- Mi plan finaliza su contrato con Medicare o Medicare finaliza su contrato con mi plan.
- Estuve inscrito en un plan proporcionado por Medicare (o por mi estado) y deseo elegir otro plan. Mi inscripción en dicho plan comenzó el (ingrese la fecha) _____
- Estaba inscrito en un Plan para Necesidades Especiales (SNP) pero ya no cumpla con las condiciones de necesidades especiales necesarias para pertenecer a ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (ingrese la fecha) _____
- Me vi afectado por una emergencia climática o un desastre grave (declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA]. Uno de los otros enunciados se aplicaba a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguno de estos enunciados se aplica a su caso o si no está seguro, comuníquese con Johns Hopkins Advantage MD llamando al número 1-888-403-7662 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para verificar si son elegibles para la inscripción. Los horarios de atención son de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. De 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes entre el 1 de abril y el 30 de septiembre. Los fines de semana y los feriados deberá dejar un mensaje.



Por favor, lea esta información importante

Si actualmente cuenta con cobertura de salud de un empleador o sindicato, inscribirse en Johns Hopkins Advantage MD podría afectar los beneficios de su empleador o sindicato. Usted podría perder la cobertura de su empleador o sindicato si ingresa en Johns Hopkins Advantage MD. Lea los comunicados que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que aparece en sus comunicados. Si no hay información o a quién contactar, su administrador de beneficios o la oficina que responde las dudas sobre su cobertura puede ayudar. Verifique mensualmente.

Johns Hopkins Advantage MD es un plan Medicare Advantage con un contrato de Medicare que ofrece productos HMO y PPO. La inscripción en Johns Hopkins Advantage MD HMO o PPO depende de la renovación del contrato.

7. Por favor, lea y firme a continuación

Al llenar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Johns Hopkins Advantage MD es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Tendré que mantener mi Parte A y Parte B de Medicare. Solo puedo contar con un plan de Medicare Advantage a la vez y comprendo que mi inscripción en este plan automáticamente finalizará mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta médica que tenga o pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan, por lo general, es por todo el año. Una vez inscrito, puedo retirarme de este plan o hacer cambios en ciertos momentos del año cuando está disponible un periodo de inscripción (ejemplo: Del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o en ciertas circunstancias especiales.

Johns Hopkins Advantage MD tiene un área de servicio específica. Si me mudo del área de servicio de Johns Hopkins Advantage MD, tendré que informarlo al plan para poder cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Como miembro de Johns Hopkins Advantage MD, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios si estoy en desacuerdo. Leeré la Evidencia de cobertura de Johns Hopkins Advantage MD cuando la obtenga para saber qué normas debo seguir a fin de tener cobertura con este plan de Medicare Advantage. Comprendo que las personas con Medicare usualmente no tienen cobertura de Medicare fuera del país, a excepción de una cobertura limitada cerca de la frontera de Estados Unidos.

- **Para la membresía en Johns Hopkins Advantage MD HMO:** Comprendo que a partir de la fecha de inicio de la cobertura de Johns Hopkins Advantage MD, debo recibir toda la atención médica por parte de los proveedores de la red de Johns Hopkins Advantage MD a excepción de los servicios de emergencia o urgencia o servicios de diálisis fuera del área.
- **Para la membresía en Johns Hopkins Advantage MD (PPO), Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO) o Advantage MD Premier (PPO):** Comprendo que a partir de la fecha de inicio de la cobertura de Johns Hopkins Advantage MD, utilizar los servicios en la red puede costar menos que utilizar los servicios fuera de la red, a excepción de los servicios de emergencia o urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Si es necesario desde el punto de vista médico, Johns Hopkins Advantage MD proporciona reembolsos por todos los beneficios cubiertos, incluso si obtengo los servicios fuera de la red.

Estarán cubiertos los servicios autorizados por Johns Hopkins Advantage MD y otros servicios que se encuentran en mi documento de Evidencia de cobertura de Johns Hopkins Advantage MD (también llamado contrato del miembro o acuerdo del suscriptor).

Sin autorización, **NI MEDICARE NI JOHNS HOPKINS ADVANTAGE MD PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Comprendo que si estoy recibiendo asistencia de un agente de ventas, corredor u otro individuo empleado o contratado por Johns Hopkins Advantage MD, él o ella pueden recibir honorarios con base en mi inscripción en Johns Hopkins Advantage MD.

Divulgación de información: Al inscribirse en este plan de salud de Medicare, acepto que Johns Hopkins Advantage MD divulgará mi información a Medicare y a otros planes mientras sea necesario para el tratamiento, el pago y los procedimientos de atención médica. También acepto que Johns Hopkins Advantage MD divulgará mi información, incluyendo la información de eventos sobre mis medicamentos con receta médica a Medicare, quien puede divulgarla para investigación y otros fines que cumplan con todos los estatutos y las normativas federales. La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que si suministro información falsa intencionalmente en este formulario, mi inscripción en el plan será cancelada.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para representarme según las leyes del estado donde vivo) en este formulario implica que he leído y que entiendo el contenido de este. Si es firmado por un individuo autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada por la ley estatal a llenar esta inscripción y que 2) los documentos que respaldan esta autoridad están disponibles a solicitud de Medicare.

Firma: _____	Fecha de hoy: _____
---------------------	----------------------------

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y suministrar la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: () - _____ **Relación con el afiliado:** _____

Agent Use Only:

Name of agent (if assisted in enrollment): _____

Agent Code: _____

FMO Name: _____

Effective Date of Coverage: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (type): _____ Not Eligible: _____

Date: _____