



Formulario de solicitud de inscripción en Johns Hopkins Advantage MD (HMO, HMO D-SNP y PPO) 2022

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que desean afiliarse a Medicare Advantage Plan o al Plan de medicamentos recetados de Medicare

Para afiliarse a un plan, usted debe:

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

Importante: para afiliarse a Medicare Advantage Plan, también debe tener ambos:

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

¿Cuándo uso este formulario?

Puede afiliarse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En determinadas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de planes

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede afiliarse a un plan.

¿Qué necesito para 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: en la Sección 1 debe completar todos los puntos. Los puntos de la Sección 2 son opcionales. No se le puede negar la cobertura porque no los completa.

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de sus primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Retiro Ferroviario).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a:
Johns Hopkins Advantage MD
P.O. Box 3538
Scranton, PA 18505
Fax: 1-855-825-7723

Una vez que se procese su solicitud de afiliación, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Comuníquese con Johns Hopkins Advantage MD llamando al 1-888-403-7662. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048 durante las 24 horas del día/7 días de la semana.

En español: llame a John Hopkins Advantage MD al 1-888-403-7662/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**Sección I: todos los campos de esta página son obligatorios
(a menos que estén marcados como opcionales)**

Seleccione el plan al que desea afiliarse:

Planes HMO	Disponible para los residentes de estos condados	Plan Premium	Plan Premium + Beneficio odontológico integral opcional*
Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)	Anne Arundel, Howard y Montgomery	<input type="checkbox"/> \$0 al mes*	<i>Incluye beneficio odontológico integral</i>
<i>Plan para Necesidades Especiales Doble para aquellos que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid (QMB y QMB+).</i>			
Johns Hopkins Advantage MD (HMO)	Anne Arundel, Baltimore Co., Carroll, Frederick, Howard, Montgomery, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester	<input type="checkbox"/> \$30 al mes	<input type="checkbox"/> \$55 al mes
PLANES PPO	Disponible para los residentes de estos condados	Plan Premium	Plan Premium + Beneficio odontológico integral opcional**
Johns Hopkins Advantage MD (PPO)	Anne Arundel, Baltimore Co., Carroll, Frederick, Howard, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester	<input type="checkbox"/> \$100 al mes	<input type="checkbox"/> \$125 al mes
Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO)	Anne Arundel, Baltimore Co., Carroll, Frederick, Howard, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester	<input type="checkbox"/> \$130 al mes	<input type="checkbox"/> \$155 al mes
Johns Hopkins Advantage MD Premier (PPO)	Montgomery	<input type="checkbox"/> \$301 al mes	<i>Incluye beneficio odontológico integral</i>

* Dependiendo de su nivel de Ayuda Adicional

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

Nombre:		Apellido:		Inicial del 2do nombre [opcional]:	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (__/__/____)		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Número de teléfono: () <input type="checkbox"/> Teléfono del hogar <input type="checkbox"/> Teléfono celular	
Número de teléfono alterno [opcional]: <input type="checkbox"/> Teléfono celular ()			Correo electrónico [opcional]:		
Dirección de la residencia permanente (no ingrese un apartado postal):					
Ciudad:		Condado [Opcional]:		Estado:	
				Código postal:	
Dirección postal, si es diferente a su dirección permanente (se permite el apartado postal):					
Domicilio:		Ciudad:		Estado:	
				Código postal:	
Su información de Medicare:					
Número de Medicare: _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _					
Responda a estas preguntas importantes:					
¿Optaría por tener otra cobertura de medicamentos recetados además de la de Advantage MD (como VA, TRICARE)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre de la otra cobertura:		Número de miembro para esta cobertura:		Número de grupo para esta cobertura:	
_____		_____		_____	
Advantage MD D-SNP: ¿Tiene usted Maryland Medical Assistance (Medicaid) y Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
En caso afirmativo, proporcione su número de Medicaid: _____					

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto la Cobertura hospitalaria (Parte A) como la Cobertura médica (Parte B) para permanecer en Advantage MD.
- Al unirme a este Medicare Advantage Plan, reconozco que Advantage MD compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad en la página 4).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- 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, se cancelará mi inscripción en el plan.
- 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.
- Comprendo que cuando comience mi cobertura de Advantage MD, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados a través de Advantage MD. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por Advantage MD y aquellos contenidos en mi documento de "Evidencia de cobertura" de Advantage MD (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni Advantage MD pagarán por los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para representarme) en este formulario implica que he leído y que entiendo el contenido de este. Si es firmado por un representante autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica lo siguiente:
 - 1) Que esta persona está autorizada por las leyes estatales para llenar esta afiliación, y
 - 2) Que los documentos que respaldan esta autoridad están disponibles a solicitud de Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete los campos a continuación.

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el afiliado:

Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales

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

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

Español

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

Braille Letra grande CD de audio

Comuníquese con Advantage MD llamando al 1-888-403-7662 si necesita información en un formato accesible que no sea lo mencionado anteriormente. 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. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja? Sí No

¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Nombre su médico de cuidados primarios (PCP), clínica o centro de salud:

Pago de las primas de su plan

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 (Electronic Funds Transfer, EFT) mensualmente. **También puede optar por pagar su prima mediante deducción automática de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes.**

Si tiene que pagar un Monto de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Por lo general, el monto se deduce de su beneficio del Seguro Social o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). **NO** le pague a Johns Hopkins Advantage MD la Parte D-IRMAA.

Si es residente de Maryland, también puede reunir las condiciones para el programa de Asistencia de Medicamentos Recetados para Personas de Edad Avanzada (Senior Prescription Drug Assistance Program, 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. Visítelos en línea en <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 (Electronic Funds Transfer, 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 en 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

Continúa en la página siguiente...

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la afiliación de los beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o Planes de medicamentos recetados (Prescription Drug Plans, PDP), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de afiliación de beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Deducción automática del cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB)

Recibo beneficios mensuales de: Seguro 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.**

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 los Estados Unidos luego de haber vivido de manera permanente fuera de este país. Regresé a los Estados Unidos el (ingrese la fecha) _____
- Obtuve recientemente el estado de presencia legal en los 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) _____

Cont. Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

- 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 (Special Needs Plan, SNP) pero ya no cumplo 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 [Federal Emergency Management Agency, 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. Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados.

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: _____

Johns Hopkins Advantage MD es un plan Medicare Advantage con un contrato de Medicare que ofrece productos HMO y PPO. Johns Hopkins Advantage MD D-SNP es un plan HMO D-SNP con un contrato de Medicare y un contrato de Medicaid del estado de Maryland. La inscripción en Johns Hopkins Advantage MD, HMO, PPO o D-SNP (HMO) depende de la renovación del contrato.