



## Formulario de solicitud de inscripción en Johns Hopkins Advantage MD (HMO, HMO D-SNP y PPO) 2023

### ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que desean afiliarse a un Medicare Advantage Plan.

#### 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 un 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:** Debe completar todos los puntos de la sección 1. Los puntos de la sección 2 son opcionales. No se le puede negar la cobertura por no completarlos.

### 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 Jubilación para Empleados Ferroviarios).

### ¿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 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 pueden 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, las 24 horas del día, los 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 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

### Personas sin hogar

Si desea afiliarse a un plan, pero no tiene una residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o una clínica o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, los cheques del seguro social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

En conformidad con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, no es requerido que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que indique un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo necesario para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de la información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de la(s) estimación(es) de tiempo 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 artículo con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA (PRA Reports Clearance Office).

Se destruirá cualquier artículo que recibamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en OMB 0938-1378). No se conservará, revisará ni remitirá al plan.

Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviarle su formulario completo al plan.

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

**Seleccione el plan al que desea afiliarse:**

<b>Planes HMO</b>	<b>Disponible para los residentes de estos condados</b>	<b>Plan Premium</b>	<b>Plan Premium + Beneficio odontológico integral opcional</b>
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 para los beneficios completos de Medicare y Medicaid.</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
Johns Hopkins Advantage MD Tribute (HMO) <i>Este plan no incluye cobertura de medicamentos.</i>	Anne Arundel, Baltimore Co., Frederick, Howard, Montgomery	<input type="checkbox"/> \$0 al mes <i>Incluye beneficio odontológico integral</i>	
<b>PLANES PPO</b>	<b>Disponible para los residentes de estos condados</b>	<b>Plan Premium</b>	<b>Plan Premium + Beneficio odontológico integral opcional</b>
Johns Hopkins Advantage MD (PPO)	Anne Arundel, Baltimore Co., Carroll, Frederick, Howard, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester	<input type="checkbox"/> \$100 al mes <i>Incluye beneficio odontológico integral</i>	
Johns Hopkins Advantage MD Primary (PPO)	Anne Arundel, Baltimore Co., Frederick, Howard, Montgomery	<input type="checkbox"/> \$0 al mes <i>Incluye beneficio odontológico integral</i>	
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>	
<i>* Según su nivel de Ayuda Adicional            Vea el Resumen de beneficios para obtener más información sobre los Beneficios odontológicos integrales opcionales.</i>			

Nombre:		Apellido:		Inicial del 2do nombre [opcional]:	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (__/__/____)		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Fememino		Número de teléfono: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Teléfono celular del hogar ( )	
Número de teléfono alternativo [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):					
Dirección postal:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
<b>Su información de Medicare:</b>					
Número de Medicare: ____-____-____					

**Por favor, lea y responda estas preguntas importantes:**

¿Optará por tener otra cobertura de medicamentos recetados además de la de Advantage MD (como VA, TRICARE)?  Sí  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?  Sí  No

En caso afirmativo, suministre 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 Johns Hopkins Advantage MD.
- Al unirme a este Medicare Advantage Plan, reconozco que Johns Hopkins 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). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan de MA a la vez y que mi inscripción en este plan automáticamente finalizará mi inscripción en otro plan de MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- Comprendo que, cuando comience mi cobertura de Johns Hopkins Advantage MD, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados a través de Johns Hopkins Advantage MD. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por Johns Hopkins Advantage MD y aquellos contenidos en mi documento "Evidencia de cobertura" de Johns Hopkins Advantage MD (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni Johns Hopkins Advantage MD pagarán por los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- 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 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 completar esta inscripción, 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 por no responderlas.**

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino ni español | <input type="checkbox"/> Sí, soy mexicano/a, mexicoamericano/a, chicano/a |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño                              | <input type="checkbox"/> Yes, cubano/a                                    |
| <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español       |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder</b>                    |   |

¿Cuál es su origen racial? Seleccione todas las que correspondan.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Indoasiático             | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Chino                            | <input type="checkbox"/> Filipino                 | <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro    |
| <input type="checkbox"/> Japonés                          | <input type="checkbox"/> Coreano                  | <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano       |
| <input type="checkbox"/> Otra raza asiática               | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Samoano               |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita                       | <input type="checkbox"/> Blanco                   |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder.</b>    |   |  |

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

Seleccione una si desea que le enviemos información en 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.

¿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 actualmente tenga o pueda deber) por correo o “transferencia electrónica de fondos” (Electronic Funds Transfer, EFT) mensualmente. **También puede elegir pagar su prima mediante una deducción automática de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB) mensualmente.**

**Si tiene que pagar un Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan.** NO pague a Johns Hopkins Advantage MD el IRMAA de la Parte D.

**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. Visítelos en línea en <http://marylandspdap.com/>.

Por favor, seleccione una opción de pago para la 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 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 en Planes de medicamentos recetados (Prescription Drug Plans, PDP), para 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 (RRB)**

Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB

Puede demorar dos meses o más que comience la deducción del Seguro Social/RRB a partir de que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. 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 la RRB incluirá todas las primas vencidas desde la fecha de entrada en vigor de su inscripción hasta el punto en que comienza la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban 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 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 de Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de 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 (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 o un desastre grave (declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA]) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Uno de los otros enunciados se aplicaba a mi caso, pero no pude presentar la solicitud de inscripción debido al desastre.

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.

### Solo para uso del agente:

Nombre del agente (si asistió en la afiliación) \_\_\_\_\_

Código del agente: \_\_\_\_\_

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

Fecha de entrada en vigor de la cobertura: \_\_\_\_\_

ICEP/IEP \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ SEP (tipo): \_\_\_\_\_ No elegible: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

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.