

## Formulario de solicitud de inscripción en Johns Hopkins Advantage MD

### ¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que desean unirse a un plan Medicare Advantage.

#### Para unirse a un plan, usted debe cumplir con lo siguiente:

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

**Importante:** Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe tener lo siguiente:

- Medicare Part A (Seguro de hospital)
- Medicare Part B (Seguro médico)

### ¿Cuándo uso este formulario?

#### Puede unirse 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 obtener Medicare por primera vez
- En determinadas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de plan

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en 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 elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

### Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (del 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 elegir inscribirse para que sus pagos de primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

### ¿Qué ocurre 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 procesen su solicitud de afiliación, se pondrán en contacto con usted.

### ¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Johns Hopkins Advantage MD al 1-888-403-7662. 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 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 8 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 unirse a un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

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 muestre un número de control válido de la OMB. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es en promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de las estimaciones 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 que contenga su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la PRA Reports Clearance Office. Cualquier artículo que recibamos que no tenga que ver con cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en la OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede a continuación?" en esta página para enviar 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:

Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO): \$0 por mes

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre [opcional]: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)  
( \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ )

Sexo:  
 Masculino  
 Femenino

Número de teléfono:  Teléfono de casa  Teléfono celular  
(        )

Número de teléfono alternativo [Opcional]:  
 Teléfono celular (        )

Dirección de correo electrónico [Opcional]: \_\_\_\_\_

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Condado [Opcional]: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal, si es diferente a su dirección permanente (se permite apartado postal): \_\_\_\_\_

Dirección de la calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

### Su información de Medicare:

Número de Medicare: \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_

### Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Advantage MD?  Sí  No

Nombre de otra cobertura: \_\_\_\_\_ Número de miembro para esta cobertura: \_\_\_\_\_ Número de grupo para esta cobertura: \_\_\_\_\_

### IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

Debo mantener tanto la cobertura de hospital (Parte A) como la cobertura médica (Parte B) para permanecer en Johns Hopkins Advantage MD.

- Al unirme a este plan Medicare Advantage, 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 autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). 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 MA a la vez y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Johns Hopkins Advantage MD, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Johns Hopkins Advantage MD. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por Johns Hopkins Advantage MD y contenidos en mi documento de "Evidencia de Cobertura" de Johns Hopkins Advantage MD (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni Johns Hopkins Advantage MD pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información contenida en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, seré cancelado 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 un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
  - 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y
  - 2) La documentación de esta autoridad está disponible bajo 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 cobertura por no responderlas.

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

- No, no soy de origen hispano, latino/a o español
- Sí, mexicano, mexicoamericano, chicano/a
- Sí, cubano
- Sí, puertorriqueño
- Sí, otro origen hispano, latino/a o español
- Elijo no responder**

¿Cual es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Indio americano o nativo de Alaska
- Blanco
- Negro o afroamericano
- Asiático:**
  - Indio asiático
  - chino
  - Filipino
  - Japonés
  - Coreano
  - Vietnamita
  - Otro origen asiático
- Nativo de Hawái y de las islas del Pacífico:**
  - Guameño o chamorro
  - Hawaiano nativo
  - Samoano
  - Otro isleño del Pacífico
- Elijo no responder.**

¿Cual es su género? Seleccione uno.

- Mujer
- Hombre
- No binario
- Utilizo un término diferente: \_\_\_\_\_
- Elijo no responder.**

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo piensa de sí mismo? Seleccione uno.

- Lesbiana o gay
- Heterosexual, es decir, no soy gay ni lesbiana.
- Bisexual
- Utilizo un término diferente: \_\_\_\_\_
- No lo sé
- Elijo no responder.**

Seleccione uno si desea que le enviemos la información en un formato accesible.

- Braille
- Letra grande
- CD de audio
- CD de datos

Comuníquese con Johns Hopkins Advantage MD al <1-888-403-7662> si necesita información en un formato accesible distinto a los que se indican anteriormente. Nuestro horario de oficina es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, deje un mensaje los fines de semana y festivos. Los usuarios de TTY pueden llamar al <711>.

¿Trabaja?  Sí  No      ¿Trabaja su cónyuge?  Sí  No

Indique su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

---

## Solo para personas que ayudan al afiliado a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores de SHIP, familiares u otros terceros) que ayuda a un afiliado a completar este formulario.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_

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

### Uso exclusivo del agente:

Nombre del agente (si ayudó en la inscripción): \_\_\_\_\_

Código del agente: \_\_\_\_\_

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

Fecha de vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_

ICEP/IEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ SEP (tipo): \_\_\_\_\_

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

### DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

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 Medicare Advantage (MA) o Planes de medicamentos recetados (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 inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (MARx)", Sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

## Certificación de elegibilidad para un período de inscripción

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

Lea atentamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla si cada una de ellas se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, hasta donde sabe, es elegible para un Período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que cancelemos su inscripción.

- Soy nuevo en 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 en (insertar fecha) \_\_\_\_\_
- Recientemente fui liberado de prisión. Me liberaron en (insertar fecha) \_\_\_\_\_
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. en (insertar fecha) \_\_\_\_\_
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus en (insertar fecha) \_\_\_\_\_
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recién obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) en (insertar fecha) \_\_\_\_\_
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recién recibí Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) en (insertar fecha) \_\_\_\_\_
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me estoy mudando, vivo en o me mudé recientemente de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré a/de la instalación en (insertar fecha) \_\_\_\_\_
- Recientemente dejé un programa PACE en (insertar fecha) \_\_\_\_\_
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura de medicamentos recetados (una cobertura tan buena como la de Medicare).
- Dejo la cobertura del empleador o sindicato en (insertar fecha) \_\_\_\_\_
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi Estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Me inscribieron en un plan de Medicare (o de mi Estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó en (insertar fecha) \_\_\_\_\_

## Continuar. Certificación de elegibilidad para un período de inscripción

- Me inscribí en un Plan de Necesidades Especiales (SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Me dieron de baja del SNP en (insertar fecha) \_\_\_\_\_
- Fui afectado por una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Una de las otras afirmaciones aquí se aplica a mí, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción debido al desastre.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con Johns Hopkins Advantage MD al 1-888-403-7662. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si es elegible para inscribirse. Estamos abiertos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los fines de semana y festivos es necesario dejar un mensaje.

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.