



Formulario de solicitud de inscripción en Johns Hopkins Advantage MD (HMO, HMO D-SNP y PPO) 2026

¿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 un ciudadano de los Estados Unidos o estar presente legalmente en los Estados Unidos.
- 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 la 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 domicilio permanente y su número telefónico

Nota: Debe completar todos los elementos de la Sección 1. 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 (desde el 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 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, llamar 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, 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 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Personas sin hogar

Si quiere unirse a un plan pero no posee una residencia permanente, se podrá considerar su domicilio de residencia permanente a un apartado postal, un domicilio de un refugio o clínica, o un domicilio en el que usted reciba su correo (como por ejemplo, cheques del seguro social).

De conformidad con la Ley de Reducción de Papeleo (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que indique un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control de OMB válido para esta recolección de información es 0938-1378. El tiempo necesario para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, lo que incluye 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, a la atención de: 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 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:

Planes HMO	Disponible para los residentes de estos condados	Plan Premium	Plan Premium + Beneficio dental integral opcional
Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO DSNP)	Anne Arundel, Condado de Baltimore, Carroll, Frederick, Howard, Montgomery, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester.	☐ \$0 al mes* <i>Incluye el beneficio dental integral</i>	
Plan Dual de Necesidades Especiales para aquellos que son elegibles tanto para beneficios completos de Medicare como de Medicaid.			
Johns Hopkins Advantage MD (HMO)	Anne Arundel, Condado de Baltimore, Carroll, Frederick, Howard, Montgomery, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester.	☐ \$45 al mes	☐ \$68 al mes
Johns Hopkins Advantage MD Tribute (HMO) <i>Este plan no incluye cobertura de medicamentos.</i>	Anne Arundel, Condado de Baltimore, Carroll, Frederick, Howard, Montgomery, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester.	☐ \$0 al mes <i>Incluye el beneficio dental integral</i>	
Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)	Condado de Arlington, Ciudad de Alexandria, Condado de Fairfax, Ciudad de Fairfax, Condado de Falls Church City Loudon, Ciudad de Manassas y Condado de Prince William.	☐ \$0 al mes <i>Incluye el beneficio dental integral</i>	
PLANES PPO	Disponible para los residentes de estos condados	Plan Premium	Plan Premium + Beneficio dental integral opcional
Johns Hopkins Advantage MD (PPO)	Anne Arundel, Condado de Baltimore, Carroll, Frederick, Howard, Montgomery, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester.	☐ \$95 al mes	☐ \$118 al mes
Johns Hopkins Advantage MD Primary (PPO)	Anne Arundel, Condado de Baltimore, Frederick, Howard, Montgomery	☐ \$5 al mes	☐ \$28 al mes
Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO)	Anne Arundel, Condado de Baltimore, Carroll, Frederick, Howard, Montgomery, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester.	☐ \$155 al mes	☐ \$178 al mes
*Depende de su nivel de Ayuda Extra Por favor vea el Resumen de beneficios para obtener más información sobre los Beneficios dentales integrales opcionales.			

Nombre:		Apellido:		Inicial del 2 ^{do} nombre [opcional]:	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (____/____/____)		Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino		Número de teléfono (____) ☐ Teléfono residencial ☐ Teléfono celular	
Número de teléfono alternativo [opcional]: ☐ Teléfono celular: (____)		Correo electrónico [opcional]:			
Al proporcionar su número de teléfono celular y/o correo electrónico, usted brinda permiso a Johns Hopkins Health Plans para contactarlo con respecto a su plan, lo que incluye beneficios, servicios y recordatorios. Usted puede solicitar ser excluido de las comunicaciones en cualquier momento.					
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 estas preguntas importantes:		
¿Optaría por tener otra cobertura de medicamentos recetados además de la de Advantage MD (como VA, TRICARE)? ☐ Sí ☐ No		
Nombre de otra cobertura:	Número de miembro para esta cobertura:	Número de grupo para esta cobertura:
_____	_____	_____

Advantage MD D-SNP: ¿Tiene Asistencia Médica de Maryland (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 Plan Medicare Advantage, reconozco que Johns Hopkins Advantage MD compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para 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 a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan. - Comprendo que puedo estar únicamente en un plan Medicare Advantage a la vez y que mi inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en cualquier otro plan de Medicare Advantage (aplican excepciones para los planes de Medicare Advantage Privados de Pago por Servicio (PFFS) o de Medicare Advantage de Cuentas de Ahorro Médico (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 de "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 en 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 esta solicitud implica que he leído y que entiendo su contenido. Si es firmado por un representante autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica lo siguiente: - Que esta persona está autorizada por las leyes estatales para llenar esta desafiación, y - 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 que aparecen debajo.	
Nombre:	Domicilio:
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 una opción si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

☐ Español

Seleccione una opción si desea que le enviemos 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 otro formato accesible distinto a los mencionados 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

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

Pagar 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. NO pague el monto IRMAA de la Parte D de Johns Hopkins Advantage MD.

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 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 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

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 (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 beneficio 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.**

Solo para personas que ayudan a un afiliado a completar este formulario

Complete esta sección si usted es una persona (es decir, un agente, bróker, consejero SHIP, familiar, u otro tercero) que ayuda a un afiliado a llenar este formulario.

Nombre: _____ Relación con el afiliado: _____

Firma: _____

Número nacional de productor (solo para agentes/brókers): _____

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 Medicare Advantage Plan 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 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.