

2027 Johns Hopkins Advantage MD (HMO, HMO D-SNP y PPO) Solicitud de inscripción (Parte C)

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que quieren inscribirse en un plan Medicare Advantage (MA).

Para inscribirse en un plan, debe:

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

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener ambas partes:

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

¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura comenzando el 1 de enero)
- En un plazo de 3 meses después de obtener Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan

Visite **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 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 quiere inscribirse en 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 a más tardar el 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucede después?

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

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Johns Hopkins Advantage MD al 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 Johns Hopkins Advantage MD al 888-403-7662/TTY 711 o a Medicare gratis al 800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Personas sin en situación de calle

- Si quiere inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, se puede considerar un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correspondencia (por ejemplo, cheques del Seguro Social) como su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción del Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta información es, en promedio, de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario relacionado con la exactitud del tiempo calculado 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 objeto con su información personal (como reclamos, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Reportes de la PRA. Se destruirá todo aquello que recibamos que no esté relacionado con cómo mejorar este formulario o reducir la carga de su recopilación (se describe en OMB 0938-1378). No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Sección I – Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que se marquen como opcionales)

Seleccione el plan en el que quiere inscribirse:

Planes HMO	Disponible para residentes de estos condados	Prima del plan	Prima del plan + beneficio dental completo opcional
Johns Hopkins Advantage MD (HMO) ¹	Anne Arundel, Baltimore Co., Carroll, Frederick, Howard, Montgomery, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester	☐ \$49 al mes	☐ \$70 al mes ³
Johns Hopkins Advantage MD Tribute (HMO) <i>Este plan no incluye cobertura de medicamentos.</i>	Anne Arundel, Baltimore Co., Carroll, Frederick, Howard, Montgomery, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester	☐ \$0 al mes <i>Incluye beneficio dental completo</i>	
Johns Hopkins Advantage MD Select (HMO)	Arlington, Alexandria City, Fairfax, Fairfax City, Falls Church City, Loudoun, Manassas City y Prince William	☐ \$0 al mes <i>Incluye beneficio dental completo</i>	
Plan doble de necesidades especiales para aquellos que son elegibles para recibir todos los beneficios de Medicare y Medicaid.			
Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO D-SNP) ¹	Anne Arundel, Baltimore Co., Carroll, Frederick, Howard, Montgomery, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester	☐ \$0 al mes ² <i>Incluye beneficio dental completo</i>	
Johns Hopkins Advantage MD BMORE Balanced (HMO D-SNP) ¹	Baltimore City	☐ \$0 al mes ² <i>Incluye beneficio dental completo</i>	
Planes PPO	Disponible para residentes de estos condados	Prima del plan	Prima del plan + beneficio dental completo opcional
Johns Hopkins Advantage MD (PPO) ¹	Anne Arundel, Baltimore Co., Carroll, Frederick, Howard, Montgomery, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester	☐ \$95 al mes	☐ \$116 al mes ³
Johns Hopkins Advantage MD Access (PPO) ¹	Caroline, Dorchester, Somerset, Washington y Wicomico	☐ \$47 al mes <i>Incluye beneficio dental completo</i>	
Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO) ¹	Anne Arundel, Baltimore Co., Carroll, Frederick, Howard, Montgomery, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester	☐ \$165 al mes	☐ \$186 al mes ³

¹ Este plan tiene una capacidad de inscripción aprobada por CMS. Si las solicitudes de inscripción superan la capacidad aprobada, es posible que algunas solicitudes no se acepten, aunque se hayan presentado durante un período de inscripción válido. Lo animamos a que presente su solicitud de inscripción lo antes posible.

² Depende de su nivel de Ayuda adicional.

³ Consulte el Resumen de beneficios para obtener más información sobre los beneficios dentales completos opcionales.

PRIMER NOMBRE:		APELLIDO:		Inicial del segundo nombre (opcional):	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (__/__/____)		Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino		Teléfono: ☐ Teléfono de casa ☐ Celular ()	
Teléfono alternativo (opcional): ☐ Celular ()		Dirección de correo electrónico (opcional):			
Proporcionando su teléfono celular o correo electrónico, usted autoriza a Johns Hopkins Health Plans a comunicarse con usted sobre su plan, incluyendo beneficios, servicios y recordatorios. Puede cancelar esta autorización en cualquier momento.					
Dirección de residencia permanente (no escriba un P.O. Box. Para las personas sin hogar, un P.O. Box puede considerarse su dirección de residencia permanente).					
Ciudad:		Condado (opcional):		Estado:	
Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite un P.O. Box):					
Dirección:		Ciudad:		Estado:	
				Código postal:	
Su información de Medicare					
Número de Medicare: _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _					

Responda estas preguntas importantes	
¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como VA, TRICARE®) además de Johns Hopkins Advantage MD? ☐ Sí ☐ No	
Nombre de la otra cobertura:	Número de miembro de esta cobertura: Número de grupo de esta cobertura:
¿Tiene Maryland Medical Assistance (Medicaid) y Medicare? ☐ Sí ☐ No	
Si respondió Sí, escriba su número de Medicaid: _____	

IMPORTANTE: Lea y firme abajo	
- Debo tener tanto la Parte A (seguro de hospital) como la Parte B (seguro médico) para permanecer en Johns Hopkins Advantage MD. - Uniéndome a este plan Medicare Advantage, reconozco que Johns Hopkins Advantage MD compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para hacer seguimiento de mi inscripción, hacer 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 abajo). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder podría 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 cancelará 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, deberé recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Johns Hopkins Advantage MD. Estarán cubiertos los beneficios y servicios prestados por Johns Hopkins Advantage MD e incluidos en mi documento "Evidencia de cobertura" de Johns Hopkins Advantage MD (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni Johns Hopkins Advantage MD pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos. - La información de este formulario de inscripción es la correcta hasta donde yo sé. Entiendo que, si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el 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 que entiendo el contenido de esta solicitud. Si firma un representante autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica que: 1) Esta persona está autorizada según la ley estatal para completar esta inscripción, y 2) La documentación de esta autorización está disponible cuando Medicare la pida.	

Firma:	Fecha de hoy:
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete los campos abajo.	
Nombre:	Dirección:
Teléfono:	Relación con la persona que se inscribe:

Sección 2 – Todos los campos de esta página son opcionales

Es su elección responder estas preguntas. No se le puede negar la cobertura por no contestarlas.

Seleccione una opción si quiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

☐ Español

Seleccione una opción si quiere que le enviemos información en un formato accesible.

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Comuníquese con Johns Hopkins Advantage MD al 888-403-7662 si necesita información en un formato accesible distinto de los mencionados arriba. Nuestro horario de atención 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, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

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

Mencione a su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro médico:

Puede elegir recibir ciertos materiales de su plan electrónicamente a través de su portal seguro para miembros. Para establecer o cambiar su preferencia de entrega electrónica, llame a Servicios para Miembros al 888-403-7662 (TTY: 711).

Pago de las primas de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía actual o adeudada) por correo postal o mediante transferencia electrónica de fondos mensual (EFT). **También puede elegir pagar su prima mensual mediante una deducción automática de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).**

Si tiene que pagar una cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D), deberá pagar esa otra cantidad además de la prima de su plan. NO pague la IRMAA de la Parte D a Johns Hopkins Advantage MD.

Como residente de Maryland, también puede calificar para el Programa de Ayuda para Medicamentos con Receta para el Adulto Mayor (Senior Prescription Drug Assistance Program, SPDAP). Para obtener más información, llame al 800-551-5995 (TTY 800-877-5156), lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Visítelos en línea en marylandspdap.com.

Seleccione una opción de pago de la prima. Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura mensual.

☐ **EFT mensual desde su cuenta bancaria**

- El proceso de inscripción en EFT generalmente toma de 4 a 5 semanas. Mientras espera 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 la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta: _____

Número de identificación del banco: _____ Número de cuenta bancaria: _____

Tipo de cuenta: ☐ Cuenta de cheques ☐ Cuenta de ahorros

Solo para personas que ayudan a la persona que se inscribe a completar este formulario

Complete esta sección si usted es una persona (por ejemplo, representante, agente, consejero de SHIP, familiar u otro tercero) que ayuda a una persona a completar este formulario de inscripción.

Nombre: _____ Relación con la persona que se inscribe: _____

Firma: _____ Número Nacional de Productor (solo representantes/agentes): _____

Certificación de elegibilidad para un período de inscripción

Normalmente, solo se puede inscribir en un plan Medicare Advantage durante el Período de inscripción anual, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración corresponde a su situación. Marcando cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, hasta donde sabe, es elegible para un período de inscripción. Si después determinamos que esta información es incorrecta, es posible que su inscripción se cancele.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer 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 tengo nuevas opciones disponibles. Me mudé el (escriba la fecha) _____
- ☐ Recientemente me liberaron después de un tiempo de encarcelamiento. Me liberaron el (escriba la fecha) _____
- ☐ Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos. Regresé a los Estados Unidos el (escriba la fecha) _____
- ☐ Recientemente obtuve un estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (escriba la fecha) _____
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid recientemente, cambió mi nivel de ayuda de Medicaid o perdí Medicaid) el (escriba la fecha) _____
- ☐ Recientemente tuve un cambio en la Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (obtuve Ayuda Adicional recientemente, mi nivel de Ayuda Adicional ha cambiado o perdí la Ayuda Adicional) el (escriba la fecha) _____
- ☐ Tengo Medicare y recibo todos los beneficios de Medicaid. Quiero inscribirme o cambiarme a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de atención administrada de Medicare y Medicaid (llamado Plan doble elegible de necesidades especiales [D-SNP]).
- ☐ Me mudaré a un centro de atención de largo plazo, vivo en uno o recientemente me mudé de uno (por ejemplo, un centro de atención residencial o centro de atención de largo plazo). Me mudé/me mudaré al centro o fuera de este el (escriba la fecha) _____
- ☐ Recientemente dejé un programa PACE el (escriba la fecha) _____
- ☐ Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura válida de medicamentos con receta (cobertura igual de buena que la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (escriba la fecha) _____
- ☐ Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (escriba la fecha) _____
- ☐ Estoy en un programa estatal calificado de ayuda farmacéutica o estoy perdiendo la ayuda de un programa estatal de ayuda farmacéutica.
- ☐ Mi plan está terminando su contrato con Medicare o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- ☐ Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (escriba la fecha) _____

(Continúa) Certificación de elegibilidad para un período de inscripción

- ☐ Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales necesaria para permanecer en ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (escriba la fecha)
-
- ☐ Me vi afectado por una emergencia o 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 declaraciones de este formulario correspondía a mi situación, pero no pude hacer mi solicitud de inscripción debido al desastre.
- ☐ Me estoy inscribiendo durante el Período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre).

Si ninguna de estas declaraciones corresponde a su situación o no está seguro, comuníquese con Johns Hopkins Advantage MD al 888-403-7662 (TTY: 711) para determinar si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención 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, y lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de abril al 30 de septiembre.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en planes Medicare Advantage (MA) o planes de medicamentos con receta (PDP), mejorar la atención y hacer el pago de los beneficios de Medicare. Los artículos 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 pueden usar, revelar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del sistema de registros (SORN) "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)" (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx), sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder podría afectar la inscripción en el plan.