

## Formulario de inscripción en Senior Care Plus Medicare Advantage

### ¿Quién puede utilizar este formulario?

Las personas que tienen Medicare que desean unirse a un Plan Medicare Advantage o un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare pueden usar este formulario.

### Para unirse a un plan, usted debe cumplir las siguientes condiciones:

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

**Importante:** Para unirse a un Plan Medicare Advantage, debe contar con AMBAS partes del Programa Medicare, como se detalla a continuación:

- Parte A del Programa Medicare (seguro hospitalario).
- Parte B del Programa Medicare (seguro médico).

### ¿Cuándo debo utilizar este formulario?

Cuando se une a un plan, en las siguientes condiciones:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que comienza el 1 de enero).
- Dentro de los 3 meses posteriores de haber obtenido la cobertura de Medicare.
- En determinadas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de plan.

Visite [medicare.gov](http://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 figura en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).
- Su dirección y número de teléfono permanentes.

**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 haberlos completado.

### Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta que tiene lugar en los meses 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 correspondiente. Puede optar por inscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio de la Seguridad Social (o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios) todos los meses.

### ¿Qué ocurre después?

Envíe su formulario completo y firmado a la siguiente dirección: **Senior Care Plus, 10315 Professional Cir., Reno, NV 89521**

Una vez que procesen su solicitud para unirse, se comunicarán con usted.

### ¿Cómo obtengo ayuda para completar este formulario?

Llame a Senior Care Plus al **775-982-3112** o al número gratuito **888-777-7003** (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). O bien, llame a Medicare al **800-MEDICARE (800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **877-486-2048**.

**En español:** Llame a Senior Care Plus al **775-982-3158**/TTY o a Medicare gratis al **800-633-4227** y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

### Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, una dirección de un refugio o

una clínica, o la dirección donde recibe el correo (p. ej., cheques del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

Comuníquese con Senior Care Plus si necesita información en otro idioma o formato (braille). Senior Care Plus cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

## SECCIÓN I

### Para inscribirse en Senior Care Plus, proporcione la siguiente información:

MARQUE EN QUÉ PLAN DESEA INSCRIBIRSE:

Plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados:  Condados de Clark y Nye

**\$0 en el plan Complete-019 (HMO)**

Este plan incluye servicios dentales integrales sin una prima mensual adicional. Consulte la *Evidencia de cobertura del plan Complete 2025* para conocer todos los detalles de los beneficios.

Plan Medicare Advantage Special Needs con cobertura de medicamentos recetados:

 Condado de Clark

**\$40 en el plan Enriched Duals-026 (HMO D-SNP)**

Este plan incluye servicios dentales integrales sin una prima mensual adicional. Consulte la *Evidencia de cobertura del plan Enriched Duals 2025* para conocer todos los detalles de los beneficios.

 **AL PONER MIS INICIALES EN LA LÍNEA A CONTINUACIÓN, RECONOZCO QUE CALIFICO PARA EL PLAN SPECIAL NEEDS QUE HE SELECCIONADO.**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Sr.  Sra.  Srita.

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
MES DÍA AÑO

Sexo  M  F

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo \_\_\_\_\_

Dirección de residencia permanente \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_  
(NO SE PERMITE EL APARTADO POSTAL)

Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN POSTAL (SOLO SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN PERMANENTE)**

Dirección \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

OPCIONAL. Nombre de un contacto de emergencia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Relación con usted \_\_\_\_\_

**PROPORCIONE LA INFORMACIÓN DE SU SEGURO DE MEDICARE**

N.º de Medicare \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**CÓMO PAGAR LA PRIMA DE SU PLAN**

Si determinamos que usted debe una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo postal, transferencia electrónica de fondos (EFT, en inglés) o tarjeta de crédito todos los meses. También puede elegir pagar su prima mediante deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, en inglés) todos los meses.

Puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga o que deba actualmente) por correo postal, transferencia electrónica de fondos (EFT, en inglés) o tarjeta de crédito todos los meses. También puede elegir pagar su prima mediante deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, en inglés) todos los meses.

Si se le impone un monto de ajustes mensuales acordes al ingreso de la Parte D (IRMAA, en inglés), recibirá una notificación de la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de su prima del plan. Se retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o Medicare o la RRB le facturarán el monto directamente. NO le pague a *Senior Care Plus* el IRMAA de la Parte D.

Las personas que poseen ingresos limitados pueden cumplir con los requisitos para recibir la Ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare puede pagarle el 75 % o más de sus gastos para medicamentos, incluidos las primas mensuales para medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguros. Además, aquellos que cumplen con los requisitos no estarán sujetos al lapso en la cobertura o a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda adicional, comuníquese con la oficina del Seguro Social o llame al Seguro Social al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**. También puede solicitar Ayuda adicional en línea en [socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si cumple con los requisitos para recibir el Beneficio adicional con los costos de su cobertura de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de su prima del plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos a usted el monto que Medicare no cubra.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura de pago todos los meses.

**Seleccione una opción de pago de primas:**

**Factura mensual**

**Tarjeta de crédito por única vez:** solo puede hacerse en una oficina de Senior Care Plus.

**Tarjeta de crédito recurrente:** solo puede hacerse en una oficina de Senior Care Plus.

**Transferencia electrónica de fondos (EFT, en inglés)** de su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque ANULADO.

Nombre del titular de la cuenta \_\_\_\_\_

Nombre del banco \_\_\_\_\_

Número de ruta bancaria \_\_\_\_\_ Número de cuenta bancaria \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta  Corriente  De ahorros

**Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, en inglés)**

Recibo beneficios mensuales de  Seguro Social  RRB

(La deducción del Seguro Social/RRB puede demorar dos meses o más en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB aprueban la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o RRB incluirá todas las primas debidas desde la fecha de entrada en vigor de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

## SECCIÓN 2

### RESPONDER ESTAS PREGUNTAS ES SU ELECCIÓN.

No se le puede negar la cobertura por no completarlas.

**①** Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de la Administración de Veteranos (VA, en inglés) o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además de Senior Care Plus?  Sí  No

En caso afirmativo, mencione su otra cobertura y su número de identificación (ID) para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura \_\_\_\_\_

Número de identificación de esta cobertura \_\_\_\_\_ Número de grupo de esta cobertura \_\_\_\_\_

**②** ¿Trabaja?  Sí  No

¿Su cónyuge trabaja?  Sí  No

**③** Número de Medicaid \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigencia de Medicaid \_\_\_\_\_

**ELIJA EL NOMBRE DE UN MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP, en inglés),  
CLÍNICA O CENTRO DE SALUD**

**SELECCIONE UNO** si desea que le envíemos información en un idioma que no sea inglés.

Español  Otro \_\_\_\_\_  Braille  Cinta de audio  Letras grandes

Comuníquese con Senior Care Plus al **775-982-3112** o al **888-775-7003** si necesita información en un formato o idioma distintos de los mencionados arriba. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión de mensajes al 711. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo, de 7 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo); y de lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Cerramos todos los feriados federales.

**¿Es usted de origen hispano, latino o español? SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.**

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

**¿Cuál es su raza? SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN.**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Coreano            |
| <input type="checkbox"/> Japonés                               | <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano      | <input type="checkbox"/> Blanco             |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita                            | <input type="checkbox"/> Chino                    | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro |
| <input type="checkbox"/> Filipino                              | <input type="checkbox"/> Otro asiático            | <input type="checkbox"/> Samoano            |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no responder                 | <input type="checkbox"/> Indígena asiático        | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái    |

**¿Cuál de las siguientes opciones lo representa mejor? SELECCIONE UNA OPCIÓN.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay                             | <input type="checkbox"/> Uso un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Heterosexual, es decir, ni gay ni lesbiana | <input type="checkbox"/> No lo sé                        |
| <input type="checkbox"/> Bisexual                                   | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder           |



**LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE**

Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, inscribirse en Senior Care Plus podría afectar los beneficios de salud de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en Senior Care Plus. Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envíen. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina incluida en sus comunicaciones. Si no contienen información acerca de con quién comunicarse, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura podrán ayudarle.

## LEA Y FIRME EN LA PÁGINA SIGUIENTE

### **Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:**

Senior Care Plus es un plan Medicare Advantage y tiene contrato con el gobierno federal. Deberé mantener mis Partes A y B de Medicare. Solo puedo tener un plan Medicare Advantage por vez y comprendo que mi inscripción en este plan pondrá fin automático a mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarles acerca de cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o pueda contratar en el futuro.

Comprendo que si no tengo cobertura de medicamentos con receta de Medicare, o cobertura de medicamentos con receta válida (al menos tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si me inscribo en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare en el futuro. La inscripción en este plan generalmente es por todo el año. Una vez que me inscriba, puedo abandonar este plan o hacer cambios solo en ciertos momentos del año cuando haya un período de inscripción disponible (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o bajo ciertas circunstancias especiales.

Senior Care Plus presta servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que Senior Care Plus presta servicios, debo notificar al plan para poder cancelar la inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea asegurado de Senior Care Plus, tengo el derecho de apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de cobertura de Senior Care Plus cuando lo reciba para conocer qué reglas debo seguir a fin de obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas con Medicare generalmente no se encuentran cubiertas por dicho programa mientras se encuentran fuera del país, salvo por la cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.

Comprendo que, a partir de la fecha en que comience la cobertura de Senior Care Plus, debo recibir toda mi atención médica a través de Senior Care Plus, salvo por servicios de emergencia o urgencia o servicios de diálisis fuera del área.

Comprendo que, a partir de la fecha en que comience la cobertura de Senior Care Plus, usar servicios que forman parte de la red puede costar menos que usar servicios que no forman parte de la red, salvo servicios de emergencia o urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Si es médicaamente necesario, Senior Care Plus ofrece reembolsos por todos los beneficios cubiertos, incluso si recibo servicios fuera de la red. Los servicios autorizados por Senior Care Plus y otros servicios incluidos en mi documento de Evidencia de cobertura de Senior Care Plus (también conocido como acuerdo de suscripción o contrato del asegurado) estarán cubiertos.

Sin autorización, **NI MEDICARE NI Senior Care Plus PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Comprendo que, si recibo asistencia de un agente de ventas, representante u otra persona empleada o contratada por Senior Care Plus, dicha persona podrá recibir un pago por mi inscripción en Senior Care Plus.

**Divulgación de información:** Al inscribirme en un plan de salud de Medicare, reconozco que Senior Care Plus divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. También reconozco que Senior Care Plus divulgará mi información, incluidos los datos de mis medicamentos con receta, a Medicare, que puede divulgarlos con fines de investigación y otros propósitos que sigan todas las regulaciones y estatutos federales correspondientes. La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si la solicitud está firmada por una persona autorizada (como se describe arriba), dicha firma certifica que 1) esta persona está autorizada por la ley estatal a completar esta inscripción y 2) Medicare proporcionará la documentación de esta autoridad a pedido.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_  
SI ES EL REPRESENTANTE AUTORIZADO, DEBE FIRMAR ARRIBA Y PROPORCIONAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Relación con el afiliado \_\_\_\_\_

**LA LEY ESTATAL EXIGE PRUEBA DE TUTOR LEGAL, PODER PERMANENTE PARA DECISIONES MÉDICAS (DPAHC, EN INGLÉS) O DIRECTIVAS ANTICIPADAS POR ESCRITO.** Adjunte una copia de los documentos.

Si alguien que no sea usted le ayudó a completar este formulario, dicha persona debe firmar arriba.

— PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA —

Nombre del agente de inscripción \_\_\_\_\_

Firma del agente de inscripción \_\_\_\_\_

Lugar de la inscripción \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigencia \_\_\_\_\_

**Tipo de inscripción SELECCIONE UNA OPCIÓN:**

- Inscripción en persona con el nuevo miembro
- Inscripción telefónica con el nuevo miembro
- Inscripción en persona con una persona autorizada en nombre del nuevo miembro
- Inscripción telefónica con una persona autorizada en nombre del nuevo miembro

Fecha de ingreso \_\_\_\_\_

Número de MBR asignado de SCP \_\_\_\_\_ Contrato \_\_\_\_\_

Período de elección  0A-AEP  0E-IEP/ICEP  0O-OEPI  0U-SEP  0W-SEP  0S-SEP

PBP \_\_\_\_\_ Llamada de bienvenida  Formularios W  Período de inscripción especial \_\_\_\_\_

Servicios \_\_\_\_\_

TrOOPBal \_\_\_\_\_ No elegible  DST  Marx  COB  POA

## LEA LAS SIGUIENTES DECLARACIONES CON ATENCIÓN Y MARQUE LA CASILLA SI SE APLICA EN SU CASO.

**AL SELECCIONAR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CASILLAS, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de Inscripción. Si luego comprobamos que esta información es incorrecta, podemos cancelar su inscripción.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Soy nuevo en Medicare.<br><input type="checkbox"/> Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP, en inglés).<br><input type="checkbox"/> Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi plan vigente o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (insertar fecha) _____.<br><input type="checkbox"/> Acabo de ser liberado de prisión. Me liberaron el (insertar fecha) _____.<br><input type="checkbox"/> Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (insertar fecha) _____.<br><input type="checkbox"/> Recientemente obtuve estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (insertar fecha) _____.<br><input type="checkbox"/> Recientemente hubo un cambio en mi Medicaid (recibí Medicaid recientemente, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid), el (insertar fecha) _____.<br><input type="checkbox"/> Recientemente hubo un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente recibí Ayuda Adicional, hubo un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional), el (insertar fecha) _____.<br><input type="checkbox"/> Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no hubo un cambio. | <input type="checkbox"/> Me mudaré a un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, una residencia de ancianos o una institución de cuidados a largo plazo), vivo en uno o recientemente me mudé de uno. Me mudé/mudaré al/del centro el (insertar fecha) _____.<br><input type="checkbox"/> Recientemente salí de un programa PACE, el (insertar fecha) _____.<br><input type="checkbox"/> Involuntariamente perdí mi cobertura de medicamentos recetados válida (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (insertar fecha) _____.<br><input type="checkbox"/> Voy a dejar la cobertura de mi sindicato o empleador el (insertar fecha) _____.<br><input type="checkbox"/> Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.<br><input type="checkbox"/> Mi plan finaliza su contrato con Medicare o Medicare finaliza su contrato con mi plan.<br><input type="checkbox"/> Estaba inscrito en un plan por Medicare (o mi estado) y deseo elegir otro plan. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha) _____.<br><input type="checkbox"/> Estaba inscrito en un Plan Special Needs (SNP, en inglés), pero he perdido la calificación para necesidades especiales necesaria para permanecer en ese plan. Fui dado de baja del SNP el (insertar fecha) _____.<br><input type="checkbox"/> Me vi afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre grave (según lo declarado por la Agencia Federal de Gestión de Emergencias [FEMA, en inglés]). Una de las otras declaraciones aquí se aplica a mí, pero no pude inscribirme debido al desastre natural. |
|--|--|

**SI NINGUNA DE ESTAS DECLARACIONES SE APLICA A USTED O NO ESTÁ SEGURO**, comuníquese con Senior Care Plus al **888-775-7003** (los usuarios de TTY deben llamar al Servicio Estatal de Retransmisión al 711) para saber si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo, de 7 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo); y de lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Cerramos todos los feriados federales.