Formulario de inscripción

ALIGN
SENIOR CARE

¿Quiénes pueden utilizar este formulario?
Las personas con Medicare que deseen inscribirse en un plan Medicare Advantage

Para inscribirse en un plan, usted debe cumplir con lo siguiente:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o residente legal en este país.
- Vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener ambos seguros:

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

¿Cuándo utilizo este formulario?
Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para recibir 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 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 y número de teléfono permanentes.

Nota: Debe completar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales; si no los completa no se le puede negar la cobertura.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la 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 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 de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucede después?
Envíe su formulario completo y firmado a la siguiente dirección:
Align Senior Care
P.O. Box 4440
Glen Allen, VA 23058-4440

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

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario? Llame a Align Senior Care al 1-844-305-3879 (TTY 711) .

O comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a Align Senior Care al 1-844-305-3879 (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.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB) válido. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-NEW. El tiempo estimado que lleva completar esta información es de aproximadamente 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión del tiempo estimado o alguna sugerencia para mejorar este formulario, escríbanos 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 material que contenga su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes (Reports Clearance Office) de la Ley de Reducción de Documentación (Paperwork Reduction Act, PRA). Se eliminará cualquier material recibido que no indique 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 enviar su formulario completo al plan.

© Align Senior Care 2021

SECCIÓN 1: Para inscribirse, todos los campos de esta sección son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Marque en qué plan desea inscribirse:

☐ Align Premier (HMO I-SNP): $26.70 por mes
☐ Align Thrive (HMO I-SNP): $0.00 por mes
☐ Align Connect (HMO C-SNP): $0.00 por mes

Si recibe el Beneficio adicional de Medicare, la prima mensual de su plan será menor de lo que sería si no recibiera ese Bene icio adicional de Medicare. Según su nivel de Bene icio adicional, su prima puede variar entre $0 y 26.70. **Si es doblemente elegible, con el Beneficio adicional, su prima será de $0.**

Información del solicitante: ☐ Masculino ☐ Femenino

☐ Sr. ☐ Srta. ☐ Sra. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): (_____/_____/_____)

Nombre _____ Apellido _____

Inicial del segundo nombre _____

Número de Medicare (MBI) _____

1. ¿Recibirá otra cobertura de medicamentos recetados además de la de Align Senior Care? ☐ Sí ☐ No

   EN CASO AFIRMATIVO, indique su cobertura adicional y el número de identificación (ID) para esta cobertura:

   Nombre de la cobertura de medicamentos adicional _____

   ID para esta cobertura _____

   N.° de grupo para esta cobertura _____

Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluido otro seguro privado, TRICARE, Cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios del Departamento de Veteranos (Department of Veterans Affairs, VA) o un Programa estatal de asistencia farmacéutica.

CONTINUACIÓN >>

© Align Senior Care 2021

SECCIÓN 1 (continuación): Para inscribirse, todos los campos de esta sección son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

2. ¿Es usted residente o espera ser residente de un centro de cuidado a largo plazo (LTC) o un centro de vida asistida (ALF) dentro de la red de Align Senior Care durante más de 90 días?
   ☐ Sí ☐ No

   EN CASO AFIRMATIVO, complete la información del centro a continuación:

   Nombre del centro _____

   Dirección _____

   Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

   Número de teléfono del centro _____

SOLO para C-SNP (si se está por inscribir en el C-SNP, responda esta pregunta)

3. ¿Tiene el solicitante un diagnóstico de demencia? ☐ Sí ☐ No

CONTINUACIÓN >>

© Align Senior Care 2021

SECCIÓN 1 (continuación): Para inscribirse, todos los campos de esta sección son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación

Debo mantener tanto el seguro de hospital (Parte A) como el médico (Parte B) para permanecer en Align Senior Care. Al inscribirme en el plan Medicare Advantage o el plan de medicamentos recetados de Medicare, reconozco que Align Senior Care compartirá mi información con Medicare, quien podrá utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, emitir 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, no responderlo podría afectar su inscripción en el plan. La información dispuesta en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que proporcionar información falsa intencionalmente en este formulario supondrá la cancelación de mi inscripción en el plan. Comprendo que, como norma general, las personas con Medicare no estarán cubiertas mientras se encuentren fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos. Comprendo que en cuanto comience mi cobertura de Align Senior Care, obtendré todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados por parte de Align Senior Care. Quedarán cubiertos los beneficios y servicios que brinde Align Senior Care y que se encuentren en la “Evidencia de Cobertura” (también conocida como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) de Align Senior Care. Ni Medicare ni Align Senior Care pagarán por los beneficios o servicios que no estén cubiertos. Comprendo que mi firma en esta solicitud (o la de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) significa que he leído y entendido el contenido de este documento. Si firma 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 correspondiente a la autorización está disponible a solicitud de Medicare.

Firma del solicitante o la parte responsable	Fecha de hoy
X	

© Align Senior Care 2021

SECCIÓN 1 (continuación): Para inscribirse, todos los campos de esta sección son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Información de contacto del solicitante:

Dirección de residencia permanente (no se permiten apartados postales, o P.O. Box)

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (_____) _____ Correo electrónico* _____

Dirección postal, si es diferente a la dirección permanente

A la atención de _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Información de contacto de la parte responsable (según corresponda):
Si usted es el representante autorizado, debe firmar la página anterior y completar los campos a continuación:

Nombre _____ Apellido _____

Relación con el afiliado _____

Teléfono ☐ Teléfono celular** ☐ Particular (_____) _____ _____

Dirección de correo electrónico* (opcional) _____

* *Al proporcionar su dirección de correo electrónico, acepta recibir mensajes electrónicos, cuando estén disponibles. Si prefiere no recibir mensajes electrónicos, marque esta opción: ☐ No deseo recibir actualizaciones ni mensajes*

** *Al proporcionar su número de teléfono celular, acepta recibir mensajes del plan a través de SMS/mensaje de texto. Si prefiere no recibir actualizaciones o mensajes del plan por mensaje de texto, marque esta opción: ☐ No deseo recibir actualizaciones ni mensajes*

CONTINUACIÓN >>

© Align Senior Care 2021

SECCIÓN 2: Todos los campos son opcionales. Usted decide si responde o no estas preguntas. No se le puede negar la cobertura por no responderlas.

1. ¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid? ☐ Sí ☐ No

   EN CASO AFIRMATIVO, ¿cuál es su número de Medicaid? _____

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

3. Elija a su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) <dentro de la red>:

   Nombre del médico: _____

   ¿Es este su médico actual? ☐ Sí ☐ No

4. Marque una de las opciones a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato *accesible*:

   ☐ Español
   ☐ Archivo de audio
   ☐ Letra grande
   ☐ Braille

Comuníquese con Align Senior Care al 1-844-305-3879 (TTY 711) si necesita información en un formato accesible o en un idioma diferente al que se menciona anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del locale. Los usuarios de TTY pueden llamar al (TTY 711).

CONTINUACIÓN >>

© Align Senior Care 2021

SECCIÓN 2 (continuación): Todos los campos son opcionales. Usted decide si responde o no estas preguntas. No se le puede negar la cobertura por no responderlas.

Cómo pagar la prima de su plan

Para los planes con primas, puede pagar la prima mensual del plan (incluida toda multa por inscripción tardía que actualmente tenga o adeude) por correo postal todos los meses. **También puede optar por pagar su prima al deducirla todos los meses automáticamente de su beneficio del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB).**

☐ Si, Me gustaria que mi prima de Segura sea deducido de mi Seguro Social

☐ Si, Me gustaria que mi prima de Seguro sea deducido de mi Reterio "Railroad Retirement Board"

☐ No, Ningunas de estas opciones. Me gustaria que me manden una factura directa.

Si tuviera que pagar el ajuste mensual acorde al ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D, deberá pagar este monto adicional además de la prima de su plan. Por lo general, el monto se deduce de su beneficio del Seguro Social, aunque también puede que reciba una factura de Medicare (de la RRB). NO pague a Align Senior Care el IRMAA de la Parte D.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 inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA) o de medicamentos recetados (Prescription Drug Plans, PDP), para mejorar la atención y para verificar los pagos de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguro Social y el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en la notificación del sistema de registro (System of Records Notice, SORN) sobre Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (“Medicare Advantage Prescription Drug, MARx”), con el n.° de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responderlo podría afectar su inscripción en el plan.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA. NO complete esta información a menos que esté autorizado.

Nombre y apellido del agente_____

ID del plan _____

Fecha de recepción de la solicitud _____ Fecha de entrada en vigencia de la cobertura _____

Seleccione el período de inscripción:

☐ IEP/ICEP

☐ AEP

☐ OEPI

☐ SEP (tipo) _____

☐ No es elegible

Fecha de ingreso de la solicitud en el sistema _____

Firma _____ Fecha _____

© Align Senior Care 2021