



¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieren inscribirse en un plan de Medicare Advantage

Para unirse a un plan, usted debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano estadounidense o estar legalmente en el país.
- Vivir en el área de servicio del plan

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

- La Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- La Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para tener cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los tres meses de haber obtenido Medicare
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse en un plan o cambiarlo.

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 de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales; no se puede denegar la cobertura por no haberlos completado.

Recordatorios:

- Si decide inscribirse en un plan sobre la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima correspondiente. Puede elegir que los pagos de esta se debiten de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completado y firmado a la siguiente dirección:

Brandman Health Plan Arise-D (HMO C-SNP)
Apartado Postal 17960
Encino, CA 91416

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

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Brandman Health Plan Arise-D (HMO C-SNP) al 1-888-697-5662. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a Brandman Health Plan Arise-D (HMO C-SNP) al 1-888-697-5662/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.

Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Elija el plan al que quiere inscribirse:

Brandman Health Plan Arise-D (HMO C-SNP) 002 – \$31.50 por mes

PRIMER NOMBRE: APELLIDO: INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:

Fecha de nacimiento:
(DD/MM/AAAA)
(___ / ___ / ___)

Sexo:
 Masculino
 Femenino

Número de teléfono:
()

Dirección de domicilio permanente (no escriba un apartado postal):

Ciudad: Condado: Estado: Código postal:

Dirección postal, si es diferente a la de su dirección permanente (se permite el apartado postal):

Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

Información de Medicare:

Número de Medicare: - - - - - - - - - -

Responda estas preguntas importantes:

¿Tiene alguna otra cobertura para medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de Brandman Health Plan Arise-D (HMO C-SNP)? Sí No Nombre de la otra cobertura: _____

Número de afiliado para esta cobertura: _____ Número de grupo para esta cobertura: _____

¿Alguna vez le diagnosticaron trastorno cardiovascular, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes?

Sí No

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la médica (Parte B) para permanecer en Brandman Health Plan Arise-D (HMO C-SNP)
- Al inscribirme en este plan de Medicare Advantage, reconozco que Brandman Health Plan Arise-D (HMO C-SNP) compartirá mi información con Medicare, que podrá utilizarla para dar seguimiento a 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 plan es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si intencionalmente brindo información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas que tienen Medicare no suelen estar cubiertas por el plan cuando se encuentran fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de Estados Unidos.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Brandman Health Plan Arise-D (HMO C-SNP), debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Brandman Health Plan Arise-D (HMO C-SNP). Estarán cubiertos los beneficios y los servicios que presta Brandman Health Plan Arise-D (HMO C-SNP) y los incluidos en la “Evidencia de Cobertura” de mi plan Brandman Health Plan Arise-D (HMO C-SNP). Ni Medicare ni Brandman Health Plan Arise-D (HMO C-SNP) pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente a actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo su contenido. Si firma un representante autorizado (como se menciona arriba), esta firma certifica lo siguiente:
 - 1) Dicha persona está autorizada conforme a las leyes del Estado para completar esta inscripción y
 - 2) Toda documentación de esta autorización está disponible a solicitud por parte de Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

