



## ¿Quién puede usar este formulario?

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

### Para inscribirse en un plan, usted debe:

- Ser ciudadano estadounidense o ser residente legal de 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 hospitalario)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

## ¿Cuándo puedo usar este formulario?

Usted puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para las coberturas que comienzan el 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de obtener Medicare por primera vez
- En determinadas situaciones por las que se le permite inscribirse o cambiar de planes

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse en un plan.

## ¿Qué necesito para completar este formulario?

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

**Nota:** Usted debe completar todos los puntos en la Sección 1. Los puntos en la Sección 2 son opcionales; no se le puede denegar la cobertura por no haberlos llenado.

## Recordatorios

- Si quiere inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado para el 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Usted puede elegir inscribirse para que le deduzcan los pagos de su prima de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario).

## ¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completado y firmado a:  
Brandman Health Plan

P.O. Box 17960  
Encino, CA 91416

Dirección de correo electrónico:  
[enrollment@brandmanhealthplan.com](mailto:enrollment@brandmanhealthplan.com)

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

## ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Brandman Health Plan (HMO C-SNP) al 1-888-697-5662.

Los usuarios de TTY pueden 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 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 (salvo que se indique opcional)**

**Seleccione el plan al que quiere inscribirse:**

- Brandman Health Plan Aspire (HMO C-SNP) 001– \$0 por mes
- Brandman Health Plan Aspire-D (HMP C-SNP) 002- \$28.80 por mes

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) Sexo:  Masculino  Femenino Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección de residencia permanente (no ingrese una casilla postal): \_\_\_\_\_

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

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (puede ser casilla postal): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado:Código postal: \_\_\_\_\_

**Información de Medicare/Medi-Cal:**

Número de Medicare: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de Medi-Cal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Responda estas preguntas importantes:**

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de Brandman Health Plan (HMO C-SNP)?  Sí  No Nombre de otra cobertura: \_\_\_\_\_

Número de miembro de esta cobertura: \_\_\_\_\_ Número de grupo de esta cobertura \_\_\_\_\_

Indique sus medicamentos actuales: \_\_\_\_\_

¿Le han diagnosticado una o más de las siguientes enfermedades?

Diabetes  Hipertensión  Insuficiencia cardíaca crónica  Trastornos cardiovasculares

¿Utiliza algún dispositivo de asistencia?

Ninguno  Silla de ducha  Asiento de inodoro elevado  
 Bastón  Silla de ruedas  Andador  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de su compañía actual de DME: \_\_\_\_\_  N/D Indique cualquier otra preocupación de salud inmediata que pueda tener: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:**

- Debo conservar tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en Brandman Health Plan (HMO C-SNP).
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, acepto que Brandman Health Plan (HMO C-SNP) compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para llevar un registro de mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la recopilación de esta información (ver Declaración de Ley de Privacidad a continuación).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, el no responder podría afectar su inscripción en el plan.
- La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi afiliación al plan.
- Entiendo que las personas que cuentan con Medicare, por lo general, no tienen la cobertura de Medicare mientras están fuera del país, excepto una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Brandman Health Plan (HMO C-SNP), debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Brandman Health Plan (HMO C-SNP). Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por Brandman Health Plan (HMO C-SNP) e incluidos en mi documento “Evidencia de Cobertura” de Brandman Health Plan (HMO C-SNP) (también conocido como contrato de afiliación o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni Brandman Health Plan (HMO C-SNP) pagarán beneficios o servicios que no están cubiertos.

<ul style="list-style-type: none"> <li>Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada a actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si la firma es de un representante autorizado (según lo descrito arriba), dicha firma certifica que:             <ol style="list-style-type: none"> <li>Esta persona está autorizada conforme a las leyes estatales para llenar esta inscripción, y</li> <li>la documentación de esta autorización está disponible cuando Medicare la solicite.</li> </ol> </li> </ul>	
<b>Firma:</b>	<b>Fecha de hoy:</b>
Si usted es el representante autorizado, firme a continuación y llene estos campos:	
Nombre:	Dirección:
Número de teléfono:	Relación con la persona inscrita:
<b>Sección 2 - Todos los campos de la siguiente sección son opcionales</b>	
<b>Responder estas preguntas es su decisión. No se le puede denegar cobertura por no haberlos llenado.</b>	
Seleccione uno si quiere que le enviemos información en un formato accesible. <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Letra grande <input type="checkbox"/> Audio CD	
Cuál es su idioma de preferencia: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	
Comuníquese con Brandman Health Plan Aspire-D (HMO C-SNP) al 1-888-697-5662 si necesita información en un formato accesible distinto a los que se indican arriba. Nuestro horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. o del 1 de abril al 30 de septiembre de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.	
¿Usted trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                      ¿Su cónyuge trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Indique su médico de cuidado primario (PCP), clínica o centro de salud:	
Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o más. <input type="checkbox"/> Información acerca de los beneficios del plan <input type="checkbox"/> Directorios de proveedores/farmacias <input type="checkbox"/> Todas las comunicaciones del plan	
Dirección de correo electrónico:	
<b>Agent Use Only</b>	
<b>Nombre:</b>	<b>Fecha de hoy:</b>
<b>Nombre de FMO:</b>	<b>Enrollment effective date:</b>

### DECLARACIÓN DE 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 llevar un registro de la inscripción de beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar el cuidado y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social, y el Título 42 del CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso de Sistemas de Registros (SORN) “Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)”, Sistema N. ° 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, el no responder podría afectar su inscripción en el plan.

Brandman Health Plan es un plan HMO C-SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en Brandman Health Plan (HMO C-SNP) depende de la renovación del contrato.

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-697-5662 (TTY: 711).