CenCal CareConnect™

CenCal HEALTH® Local. Quality. Healthcare.

OMB No. 0938-1378 Expires: 12/31/2026

Formulario de solicitud de inscripción individual para inscribirse en CenCal CareConnect (HMO D-SNP), un plan de Medicare y Medi-Cal

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran inscribirse en un plan de Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés)

Para inscribirse en un plan, es necesario que:

- Sea ciudadano de los Estados Unidos o que esté presente en el país legalmente
- Viva en el área de servicio del plan

Importante: Para inscribirse en un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad de Medicare Advantage, es necesario que también tenga:

- Medicare Parte A (Seguro de hospital)
- Medicare Parte B (Seguro médico)
- Medi-Cal (Medicaid, el seguro médico del estado de California para personas con bajos ingresos)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre cada año (para recibir cobertura a partir del 1º de enero)
- Dentro de los 3 meses de cuando empezó a recibir Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan

Visite Medicare.gov para aprender más sobre cuándo se puede inscribir 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

Recordatorios:

Si quiere inscribirse en un plan durante inscripción abierta en el otoño (15 de octubre al 7 de diciembre), es necesario que el plan reciba su formulario completo a más tardar el 7 de diciembre.

¿Qué ocurre después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

CenCal CareConnect (HMO D-SNP)
4050 Calle Real
Santa Barbara, CA 93110

Una vez que hayan procesado su solicitud de inscripción se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?
En español:

Llame a CenCal CareConnect al 1-877-814-1861. (TTY: CA Relay al 711) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas que actualmente se encuentran sin vivienda
Si usted quiere inscribirse en un plan, pero no tiene una residencia permanente, se puede considerar como dirección de residencia permanente una caja/apartado postal, la dirección de un albergue o clínica, o la dirección donde recibe su correo (por ejemplo, cheques de seguro social).

Nota: Es necesario que complete todas las preguntas en la Sección 1. Las preguntas en la Sección 2 son opcionales — no se le puede negar cobertura por no completarlas.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, no es obligatorio que ninguna persona responda a una colección de información a no ser que muestre un número de control vigente de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control vigente de la OMB para la colección de esta información es 0938-1378. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta información es de un promedio de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para repasar instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir la información necesaria, y completar y repasar la información que se reunió. Si tiene algún comentario sobre el tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor envíelos por escrito 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 artículo con su información personal (tal como recolamos, pagos, registros médicos, etc.) a la oficina de PRA Reports Clearance. Cualquier artículo que recibamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o la carga de reunir información (resumen en OMB 0938-1378) se destruirá. No se guardará, revisará, ni se enviará al plan. Vea "¿Qué ocurre después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Sección 1 – Todas las preguntas son obligatorias (a no ser que estén marcadas como opcional)

Seleccione el plan en el que quiere inscribirse: ☐ CenCal CareConnect (HMO D-SNP) — $0 al mes

NOMBRE: APELLIDO:

Inicial del segundo nombre:

Fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY) Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Número de teléfono: Número de teléfono alternativo (Opcional):

Dirección física de su residencia permanente (No ponga una caja/apartado postal (P.O. Box). Nota: Para las personas que actualmente se encuentran sin vivienda, su caja/apartado postal se puede considerar su dirección de residencia permanente.)

Ciudad: Condado:

Estado: Código Postal:

Dirección de envío de correo, si es diferente que su dirección permanente (se permite usar una caja/apartado postal/P.O. Box):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Su información de Medicare

Número de Medicare:

Conteste estas preguntas importantes

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de CenCal CareConnect?

☐ Sí ☐ No

Nombre de otra cobertura:

Número de miembro para esta cobertura:

Número de grupo para esta cobertura:

Los planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (HMO D-SNP) son para aquellas personas que califican tanto para Medicare como Medicaid (Medi-Cal).

Al inscribirse en este plan, usted entiende que es necesario que siga inscrito(a) en el plan de Medi-Cal de CenCal Health para seguir siendo elegible para CenCal CareConnect.

1) ¿Está inscrito(a) en el programa de Medicaid (Medi-Cal) de su estado?

☐ Sí ☐ No

2) Si contestó "sí," anote su Número de Índice de Cliente (CIN, por sus siglas en inglés) de Medicaid (Medi-Cal) que tiene nueve dígitos:

IMPORTANTE. Lea y firme a continuación

- Es necesario que mantenga tanto seguro de Hospital (Parte A) y Médico (Parte B) para permanecer en CenCal CareConnect.

- Al inscribirme en este plan de Medicare Advantage, reconozco que CenCal CareConnect compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para dar seguimiento a mi inscripción, para hacer pagos y para otros propósitos que permite la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (Vea la Declaración de Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.

- Entiendo que solamente puedo estar inscrito(a) en un solo MA o plan de Parte D a la vez, y que inscribirme en este plan automáticamente terminará mi inscripción en otro MA o plan Parte D (aplican excepciones para planes MA PFFS, MA MSA).

- Entiendo que cuando empieza la cobertura de CenCal CareConnect yo tendré que obtener todos mis beneficios médicos y medicamentos recetados de CenCal CareConnect. Los beneficios y servicios que ofrece CenCal CareConnect y que se incluyen en mi documento de "Evidencia de Cobertura" de CenCal CareConnect (que también se conoce como contrato de miembros o acuerdo de afiliados) estarán cubiertos. Ni Medicare ni CenCal CareConnect pagará beneficios ni servicios que no están cubiertos.

- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si intencionalmente he proporcionado información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en este plan.

- 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 entiendo el contenido de esta solicitud. Si firma un representante autorizado (según se ha descrito anteriormente), esta firma certifica que:

  1) Esta persona está autorizada bajo ley estatal para completar esta inscripción y
  2) La documentación de esta autorización está disponible si la solicita Medicare.

Firma:

Fecha:

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete esta información:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación a la persona inscrita:

Sección 2 — Todas las preguntas de esta sección son opcionales

Es decisión suya si contesta estas preguntas. No se le puede negar cobertura por no contestarlas.

Seleccione uno si quiere que le mandemos información en un idioma que no sea inglés.

☐ Español

Elija uno si quiere que le enviemos información en un formato accesible.

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

Por favor comuníquese con CenCal CareConnect al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711) si necesita información en un formato accesible aparte de los que ya se han mencionado. Nuestras horas de oficina son 8 a.m. a 8 p.m. hora del Pacifico, 7 días a la semana (excepto el Dia de Acción de Gracias (Thanksgiving) y Navidad) del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1º de abril al 30 de septiembre.

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

Nombre de su Proveedor de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés), clínica, o centro de salud:

Consiento a que CenCal Health, directamente o por medio de terceros actuando en su nombre, se comuniquen conmigo sobre cobertura de beneficios del plan de salud, opciones o servicios de atención médica, educación de la salud, o sobre cualquier otro tema relacionado con ser miembro. Entiendo que es posible que me envíen estos mensajes por mensaje de texto, correo electrónico o llamadas de teléfono a mi teléfono celular, incluyendo llamadas automatizadas dejando mensajes pregrabados. ☐ Sí ☐ No

En cualquier momento puede cambiar sus preferencias de comunicación entrando a su Cuenta de Miembro en línea o llamando a Servicios para Miembros.

Correo electrónico:

Solamente para personas ayudando a la persona que se está inscribiendo a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona individual (por ejemplo, agentes, corredores, consejeros del Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés), parientes u otra tercera persona) ayudando a la persona inscrita a completar este formulario.

Nombre:

Relación a la persona inscrita:

Firma:

Número de Productor Nacional: (solamente Agentes/Corredores):

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) reúne información de los planes de Medicare para dar seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés), mejorar la atención y para el pago de beneficios de Medicare. Los artículos 1851 y 1860D-1 de la ley de Seguro Social (Social Security Act) y los artículos 422.50 y 422.60 el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la colección de esta información. CMS puede usar, divulgar, e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el aviso del sistema de aviso de registros (SORN, por sus siglas en inglés) del sistema No. 09-70-0588 de "Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (MARx, por sus siglas en inglés)". Sus respuestas a este formulario son voluntarias. Sin embargo, el no responder puede afectar su inscripción en el plan.

Confirmación de Elegibilidad para un Periodo de Inscripción

Normalmente puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage solamente durante el periodo anual de inscripción del 15 de octubre al 7 de diciembre cada año. Hay excepciones que pueden permitir que se inscriba en un plan de Medicare Advantage fuera de este periodo.

Por favor lea cuidadosamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la opción es cierta para usted. Al marcar cualquiera de estas casillas usted está certificando que, a su mejor entender, usted es elegible para un periodo de inscripción. Si después determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- ☐ Soy nuevo(a) en Medicare.
- ☐ Estoy inscrito(a) en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer cambios durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP, por sus siglas en inglés).
- ☐ Recientemente me he mudado fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me he mudado y hay nuevas opciones a mi disposición. Me mudé el (incluya la fecha)
- ☐ Recientemente me liberaron de estar encarcelado(a). Me liberaron el (incluya la fecha)
- ☐ Recientemente he regresado a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de EE. UU. Regresé a EE. UU. el (incluya la fecha)
- ☐ Recientemente he obtenido un estado de presencia legal en los Estados Unidos. Recibí este estado el (incluya la fecha)
- ☐ Recientemente hubo un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid nuevo, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (incluya la fecha)
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional (Extra Help) para el pago de cobertura de medicamentos recetados de Medicare (acabo de obtener Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional, o perdí Ayuda Adicional) en (incluya la fecha)
- ☐ Tengo Medicare y recibo beneficios completos de Medicaid. Quiero inscribirme o cambiarme a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de atención administrada de Medicare y Medicaid (un plan integrado conocido como Plan de Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés)).
- ☐ Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- ☐ Me esto y mudando a, viviendo en, o recientemente me mude fuera de un Centro de Cuidado a Largo Plazo (por ejemplo, un centro de enfermería o centro de cuidado a largo plazo). Me mudé a/mudaré a/dejaré el centro el (incluya la fecha)
- ☐ Recientemente dejé un Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés) el (incluya la fecha)
- ☐ Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura que es igual de buena que la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (incluya la fecha)
- ☐ Estoy dejando la cobertura de mi empleador o unión el (incluya la fecha)

Confirmación de Elegibilidad para un Periodo de Inscripción (cont.)

- ☐ Estoy en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado o estoy perdiendo la ayuda de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica.
- ☐ Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia que ofrece mi estado.
- ☐ 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 empezó el (incluya la fecha)
- ☐ Estuve inscrito(a) en un Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) pero perdí la calificación de necesidades especiales necesarias para ser parte de ese plan. Se canceló mi inscripción del SNP el (incluya la fecha)
- ☐ Me afectó una emergencia o una gran catástrofe (de acuerdo a la declaración de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) o por una entidad Federal, estatal o gobierno local). Una de las otras declaraciones es correcta para mí, pero no pude hacer mi solicitud de inscripción a causa de la catástrofe.

Si ninguna de estas declaraciones es cierta para usted o no está seguro(a), por favor comuníquese con CenCal CareConnect llamando al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711) para ver si es elegible para inscribirse. Estamos abiertos 8 a.m. a 8 p.m. hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Dia de Acción de Gracias y Navidad) del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1º de abril al 30 de septiembre.