



# Formulario de Inscripción

## ¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean unirse a un Plan Medicare Advantage.

Para unirse a un plan, debes:

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

**Importante:** Para unirse a un Plan Medicare Advantage, también debes tener ambos:

- Medicare Parte A (Seguro Hospitalario)
- Medicare Parte B (Seguro Médico)

## ¿Cuándo puedo utilizar este formulario?

Puedes unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que comienza el 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de obtener Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se permite unirse o cambiar de plan

Visita [Medicare.gov](http://Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puedes inscribirte en un plan.

## ¿Qué necesito para completar este formulario?

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

**Note:** Debes completar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales; no se te puede negar la cobertura por no completarlos.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tienes algún comentario sobre la exactitud de la(s) estimación(es) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850. **IMPORTANTE** No envíes este formulario ni ningún artículo con tu información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Cualquier artículo que recibamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o la carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni reenviará al plan. Verifica la sección "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar tu formulario completo al plan.

## Recordatorios:

- Si deseas unirse a un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir tu formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Tu plan te enviará una factura por la prima del plan. Puedes optar por inscribirte para que los pagos de tu prima se deduzcan de tus beneficios mensuales del Seguro Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario).

## ¿Qué sucede después?

Envía tu formulario completo y firmado a:

**Por correo:**

GlobalHealth, Inc.  
P.O. Box 1678  
Oklahoma City, OK 73101

**Por Fax:** 405-280-5455

**Por correo electrónico:** [brokersupport@globalhealth.com](mailto:brokersupport@globalhealth.com)

Una vez que procese tu solicitud de unión, te contactaremos.

## ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llama a GlobalHealth at 1-844-280-5555. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

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

**En inglés:** Call GlobalHealth at 1-844-280-5555. TTY users can call 711. Or call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

Personas sin hogar

- Si deseas unirse a un plan, pero no tienes una residencia permanente, la casilla de correo (Post Office Box), dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibes el correo (por ejemplo, cheques del seguro social), puede ser considerada como tu dirección de residencia permanente.

# GlobalHealth

Sección I - Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que se marquen como opcionales)

## Selecciona el plan al que deseas unirte:

- Generations Classic Rewards (HMO): \$0 mensual  
 Generations Valor (HMO)\*: \$0 mensual  
 Generations Classic Plus (HMO): \$0 mensual  
\*(Solo plan MA, sin cobertura de medicamentos)

- Generations Chronic Care (HMO C-SNP): \$0 mensual  
 Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP): \$0 mensual  
 Generations Dual Support (HMO D-SNP)\*\*: \$0 mensual  
 Generations Dual Premier (HMO D-SNP)\*\*: \$0 mensual  
\*\*(Solo para QMB, QMB+, SLMB+ y FBDE)

APELLIDO:

NOMBRE:

Inicial del  
segundo  
nombre:

Sexo:

- Masculino  Femenino

Fecha  
de nacimiento:

D D M M A A A A

Número  
de teléfono:

Dirección de residencia permanente: (No ingreses un apartado postal. Nota: Para personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse como su dirección de residencia permanente).

Calle

Número de casa/apartamento

Ciudad: Estado: Código postal:

Dirección de correo postal, si es diferente a tu dirección permanente: (Se permite apartado postal)

Calle

Número de casa/apartamento

Ciudad: Estado: Código postal:

Dirección de correo  
electrónico (opcional):

Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico.

- Evidencia de Cobertura  Formulario (Lista de Medicamentos Cubiertos)  Directorio de Proveedores  Directorio de Farmacias  Resumen de Beneficios

## Su información de Medicare:

Número de Medicare: - -

## Responde estas preguntas importantes:

¿Tendrás otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de GlobalHealth?  Sí  No

Nombre de la otra cobertura: Número de afiliado para esta cobertura: Número de grupo para esta cobertura:

Elige el NOMBRE de un Médico de Primario (PCP), Clínica o Centro de Salud:

Nombre:

Inicial del  
segundo  
nombre:

Apellido:

Número de  
identificación  
del PCP:

¿Eres un paciente existente de este PCP?  Sí  No

**Criterios de los Planes de Necesidades Especiales Duales:** Si estás solicitando alguno de los siguientes planes, proporciona tu ID de Medicaid.

ID de Medicaid#

- Generations Dual Support (HMO D-SNP)
- Generations Dual Premier (HMO D-SNP)

**Criterios de los Planes de Necesidades Especiales Crónicas:** Si está solicitando alguno de los siguientes planes, complete el "Formulario de Precalificación del Plan de Necesidades Especiales Crónicas (SNP)" adjunto al final de este Formulario de Solicitud.

- Generations Chronic Care (HMO C-SNP)
- Generations Chronic Care Savings (HMO C-SNP)

## IMPORTANTE: Lee y firma abajo:

- Debo quedarme con ambos el Seguro Hospitalario (Parte A) como el Seguro Médico (Parte B) para permanecer en GlobalHealth.
- Al unirme a este Plan Medicare Advantage, reconozco que GlobalHealth compartirá mi información con Medicare, quien podrá usarla para rastrear mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulta la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- Tu respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- La información de este formulario de inscripción es correcta a mi entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, seré dado de baja del plan.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de GlobalHealth, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de GlobalHealth. Los beneficios y servicios proporcionados por GlobalHealth y contenidos en mi documento de "Evidencia de Cobertura" de GlobalHealth (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni GlobalHealth pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si está firmada por 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 de esta autoridad está disponible, según solicitado por Medicare.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy:      D   D   M   M   A   A   A   A  
\_\_\_\_\_

## Si es usted un representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

APELLIDO: _____	NOMBRE: _____	Inicial del segundo nombre: _____
Dirección de residencia permanente I: (No coloque un apartado postal)		
_____ Número de calle	_____ Nombre de la calle	_____ Número de lote/apartamento
Ciudad: _____	Estado: _____	Código Postal: _____
Número de teléfono: _____	Relación con el Beneficiario: _____	

## Sección 2 - Todos los campos a continuación son opcionales

Responder a estas preguntas es tu elección. No se te puede negar la cobertura por no completarlas.

Selecciona uno si deseas que te enviemos la información en un idioma que no sea inglés.

Español

Selecciona uno si desea que te enviemos información en un formato accesible.

Letra grande    CD de audio    Braille    CD de datos

Comunícate con GlobalHealth al 1-844-280-5555 si necesitas información en un formato accesible diferente a los mencionados anteriormente. Nuestro horario de servicio es de 8 a.m. a 8 p.m. del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, y de 8 a.m. a 8 p.m. del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabajas?       Sí       No

¿Tu cónyuge trabaja?       Sí       No

## Pago de las primas de tu plan

Puedes pagar la prima mensual de tu plan (incluyendo cualquier penalización por inscripción tardía que tengas actualmente o que debas) por correo cada mes. También puedes optar por pagar tu prima haciendo que se deduzca automáticamente de tu beneficio mensual del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

Si no seleccionas una opción de pago, recibirás una factura cada mes.

Selecciona una opción de pago de prima:

Recibir una factura

Deducción automática de tu beneficio mensual del:

Cheque de beneficios del Seguro Social, o

Cheque de beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

Si tienes que pagar un Monto de Ajuste Mensual Relacionado a los Ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA), debes pagar esta cantidad adicional además de la prima de tu plan. NO pagues la Part D-IRMAA a GlobalHealth.

¿Alguien que no sea un agente de ventas te ayudó a completar este formulario?

Completa esta sección si eres una persona (es decir, consejeros de SHIP, familiares u otros terceros) que está ayudando a un beneficiario a completar este formulario.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el beneficiario: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Número de productor nacional (solo agentes/corredores): \_\_\_\_\_

### SOLO PARA USO DE LA OFICINA/AGENTE:

Nombre del miembro del personal/agente/corredor (si ayudó en la inscripción): \_\_\_\_\_ ID del agente: \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia: (DD/MM/AAAA) _____ _____	Firma del agente: _____
Tipo de elección: <input type="checkbox"/> ICEP/IEP <input type="checkbox"/> AEP <input type="checkbox"/> MA OEP <input type="checkbox"/> SEP (tipo) _____ <input type="checkbox"/> No califica	

Agencia del agente: \_\_\_\_\_

Nombre del agente: (Nombre) \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_ ID del agente: \_\_\_\_\_

TR K-1  Referido por proveedor  Referido por miembro  Sitio web de la empresa  Correo directo  Cuenta propia  
 Evento comunitario local  Medios (TV, anuncio de noticias, revista)  Seminario  Seguimiento del seminario

TR K-2  Cita personal; Tarjeta de respuesta de beneficios (SOA/BRC)  Sin cita previa (SOA)  Evento formal (Enviar)  
 Solicitud enviada por correo por el beneficiario  Evento informal (SOA)

Confirmación de solicitud en línea/telefónica: \_\_\_\_\_

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_ Número de Identificación del afiliado: \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para rastrear la inscripción de beneficiarios en los Planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 de la Ley de Seguridad Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.