



### ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare y quieren inscribirse en un plan Medicare Advantage.

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

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

**Importante:** Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, usted también debe tener los siguientes dos seguros:

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

### ¿Cuándo debo utilizar este formulario?

Usted puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que empieza el 1° de enero)
- Dentro de un período de 3 meses luego de recibir por primera vez la cobertura de Medicare
- En determinadas situaciones en las que usted tiene permitido inscribirse en un nuevo plan o cambiar de planes

Visite [Medicare.gov](http://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 está en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

**Nota:** Usted debe llenar todos los campos presentes en la Sección 1. Los campos presentes en la Sección 2 son opcionales—no se le puede denegar la cobertura si usted no llena dichos campos.

#### Recordatorios:

- Si quiere inscribirse en un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (15 de octubre a 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. Usted puede elegir inscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Retiro Ferroviario).

### ¿Qué ocurre después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

#### Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP)

Attention: Enrollment  
PO Box 60874  
Pasadena CA 91116

Correo electrónico:

[Enrollmentunit@imperialhealthplan.com](mailto:Enrollmentunit@imperialhealthplan.com)

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, ellos se pondrán en contacto con usted.

### ¿Cómo obtengo ayuda para completar este formulario?

Llame a Imperial Health Plan al 1-800-838-5197/TTY 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.

**In English:** Call Imperial Health Plan at 1-800-838-5197. 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 que carecen de hogar

- Si desea inscribirse en un plan pero no tiene una residencia permanente; un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, los cheques del seguro social) pueden ser consideradas su dirección de residencia permanente.

#### IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún artículo con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a *PRA Reports Clearance Office*. Cualquier artículo que recibamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte “¿Qué ocurre después?” en esta página para enviar su formulario completo al plan.

**Sección 1–Todos los campos de esta página son obligatorios  
(a menos que se indique que son opcionales)**

**Elija el plan en el que quiere inscribirse:**

- Imperial Dynamic Plan (HMO) 012 – \$0 Parte C/D
- Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005 – \$0 Parte C/D
- Imperial Giveback (HMO) 014 – \$0 Parte C/D
- Imperial Traditional (HMO) 007 – \$0 Parte C/D
- Imperial Courage Plan (solo-HMO MA) 016 – \$0 solo la Parte C



**IMPERIAL  
HEALTH PLAN**  
OF CALIFORNIA

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

**Fecha de nacimiento: (mes/día/año)** \_\_\_\_\_ **Género:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_  
(\_\_/\_\_/\_\_\_\_)  Masculino  Femenino ( )

**Dirección de residencia permanente (No ponga un apartado postal. Nota: Para las personas que carecen de hogar, se puede considerar un apartado postal como su dirección de residencia permanente.):**

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

**Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite usar un apartado postal):**  
**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Su información de Medicare:**

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

**Responda estas preguntas importantes:**

¿Va a tener otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) adicional a la cobertura de Imperial Health Plan?  Sí  No

**Nombre de la otra cobertura:** \_\_\_\_\_ **Número de miembro de esta cobertura:** \_\_\_\_\_ **Número de grupo de esta cobertura:** \_\_\_\_\_

¿Padece de enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca crónica y/o diabetes? .....  Sí  No

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

- Debo mantener tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el médico (Parte B) para permanecer en Imperial Health Plan.
- Al inscribirme en este Medicare Advantage (MA), reconozco que Imperial Health Plan compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para monitorear mi inscripción, realizar pagos y para otros propósitos permitidos por las leyes federales que autorizan la recolección de esta información (ver a continuación la Declaración sobre la Ley de Privacidad). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar su inscripción en el plan.

- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez – y que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (aplican excepciones para los planes privados de pago por servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) de MA y los planes de cuentas de ahorro para gastos médicos (MSA, por sus siglas en inglés) de MA).
- Entiendo que cuando empieza mi cobertura en Imperial Health Plan, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados por medio de Imperial Health Plan. Los beneficios y servicios que Imperial Health Plan proporciona y que se encuentran incluidos en mi documento “Evidencia de Cobertura” (Evidence of Coverage, EOC) de Imperial Health Plan (también conocido como contrato de membresía o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Imperial Health Plan pagarán por beneficios o servicios que no están cubiertos.
- La información presente en este formulario de inscripción es correcta a mi saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, mi inscripción en el plan será cancelada.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona que está legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entendido su contenido. Si la firma un representante autorizado (tal como se describió anteriormente), esta firma certifica que:
  - 1) Esta persona está autorizada de conformidad con las leyes estatales para completar este formulario de inscripción, y
  - 2) Existe documentación disponible sobre esta autorización, si Medicare la solicita.

<b>Firma:</b>	<b>Fecha de hoy:</b>
---------------	----------------------

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y llene estos campos:

Nombre:	Dirección:
Número de teléfono:	Relación con la persona inscrita:

## Sección 2–Todos los campos de esta sección son opcionales

**Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede denegar la cobertura por no responderlas.**

¿Tiene origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que apliquen.

<input type="checkbox"/> No, no tengo origen hispano, latino o español	<input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicanoamericano, chicano
<input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Sí, cubano
<input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español	
<input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder</b>	

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que apliquen.

<input type="checkbox"/> Indoamericana o Nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Raza negra o afroamericana
Asiática:	Nativa Hawaiana e Isleña del Pacífico:
<input type="checkbox"/> Indio-Asiática	<input type="checkbox"/> Guameña o chamorra
<input type="checkbox"/> China	<input type="checkbox"/> Hawaiana nativa
<input type="checkbox"/> Filipina	<input type="checkbox"/> Samoana
<input type="checkbox"/> Japonesa	<input type="checkbox"/> Otra Isleña del Pacífico
<input type="checkbox"/> Coreana	<input type="checkbox"/> Blanca
<input type="checkbox"/> Vietnamesa	<input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder</b>
<input type="checkbox"/> De otro país asiático	

¿Cuál es su género? Seleccione una opción.

<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Yo utilizo un término diferente: _____
<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder</b>
<input type="checkbox"/> No binario	

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor lo que usted piensa de sí mismo(a)? Seleccione una opción.

- Lesbiana o gay  Yo utilizo un término diferente: \_\_\_\_\_  
 Heterosexual, es decir, ni gay ni lesbiana  No lo sé  
 Bisexual  **Prefiero no responder**

Seleccione una opción si usted quiere que le enviemos su información en un idioma distinto del inglés.

- Español  Otro: \_\_\_\_\_

Seleccione una opción si usted quiere que le enviemos la información en un formato accesible.

- Braille  Letra grande  Audio CD  CD de datos

Por favor, comuníquese con Imperial Health Plan al 1-800-838-8271 si necesita la información en un formato accesible diferente de los mencionados anteriormente. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. desde el 1° de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. desde el 1° de abril hasta el 30 de septiembre, excepto días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Usted trabaja?  Sí  No  Su cónyuge trabaja?  Sí  No

Mencione su Médico de Atención Primaria (Primary Care Physician, PCP), clínica o centro de salud:

Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione una o más opciones.

- Sí, quiero recibir mi paquete de inscripción para miembros nuevos - EOC, Formulario Integral de Medicamentos y Directorio de Proveedores/Farmacias a través del Portal para miembros en línea.

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### PAGO DE LAS PRIMAS DE SU PLAN

Usted puede pagar la prima mensual de su plan (que incluye cualquier multa por inscripción tardía que usted tenga actualmente o que pueda deber) por correo postal mensualmente. **También puede elegir que el pago de su prima se deduzca mensualmente de manera automática de su beneficio de Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB).**

### Solo para individuos que ayudan a la persona inscrita a llenar este formulario

Llene esta sección si usted es un individuo (es decir, agentes, corredores de seguros, consejeros del Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), miembros de la familia u otros terceros) que está ayudando a una persona inscrita a llenar este formulario.

Nombre:

Relación con la persona inscrita:

Firma:

National Producer Number (solo para agentes/corredores de seguros):

## DECLARACIÓN SOBRE 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 monitorear la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y pagar los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recolección de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar la información de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Sistema de Aviso de Registros (System of Records Notice, SORN) “Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (MARx)”, Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar su inscripción en el plan.

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, las personas no están obligadas a responder a una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés) válido. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo necesario para responder a esta recopilación de información es de aproximadamente 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, por favor, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Imperial Health Plan es una (HMO) (HMO SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción en Imperial Health Plan depende de la renovación del contrato. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711). Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-838-8271 (TTY: 711).