

Formulario de Solicitud de Inscripción 2024

Utilice el formulario para inscribirse en BayCarePlus® Medicare Advantage.

¿Quién puede utilizar este formulario?

Las personas que cuenten con Medicare y deseen inscribirse en un plan de Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o encontrarse legalmente en el país
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para afiliarse a un plan de Medicare Advantage, debe tener además:

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

¿Cuándo debo utilizar este formulario?

Puede afiliarse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (*para obtener cobertura a partir del 1 de enero*)
- En los tres meses siguientes a la fecha en que se hizo beneficiario de Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan

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

Nota: Debe rellenar todos los campos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede denegar la cobertura por no completarlos.

Personas sin hogar: Si desea inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, entonces un apartado de correos (P.O. Box), la dirección de un centro de acogida o clínica o la dirección donde recibe correo postal (*por ejemplo, los cheques de Seguro Social*) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (*del 15 de octubre al 7 de diciembre*), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura mensual por la prima del plan y cualquier penalización por inscripción tardía y/o Optional Supplemental Benefit (OSB), beneficio complementario opcional que corresponda. Puede elegir inscribirse para que los pagos de la prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual de Seguro Social (*o de la Junta de Jubilación para Ferrovianos*).

¿Qué pasa después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

BayCarePlus Medicare Advantage
P. O. Box 30764
Tampa, FL 33630

Una vez procesada su solicitud de afiliación, nos pondremos en contacto con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a BayCarePlus Medicare Advantage al (877) 549-1741 (TTY: 711). O llame a Medicare al 1-800-Medicare (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al (877) 486-2048.

En español: Llame a BayCarePlus Medicare Advantage al (877) 549-1741 (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.

De conformidad con la Ley de Reducción de la Documentación de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Office of Management and Budget (OMB), oficina de administración y presupuesto. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo necesario para completar esta información se estima en una media de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la información recopilada. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de la(s) estimación(es) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, a la atención de: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE: No envíe este formulario ni ningún otro documento con sus datos personales (*como reclamaciones, pagos, historiales médicos, etc.*) a la Oficina de Autorización de Informes de la Paperwork Reduction Act (PRA), Ley de Reducción de Documentación. Todo lo que recibamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o su costo de recopilación (*descrita en OMB 0938-1378*) será destruido. No se conservará, revisará ni se remitirá al plan. Vea “¿Qué pasa después?” en esta página para enviar su formulario completo al plan.



Póngase en contacto con **BayCarePlus** Medicare Advantage Sales al (877) 549-1741 si necesita ayuda para completar este formulario. Los usuarios de TTY pueden llamar gratis al servicio nacional de retransmisión al 711.

Sección 1: Es obligatorio llenar todos los campos de esta página
(a menos que estén marcados como opcionales).

Seleccione el plan al que desea afiliarse:

- BayCarePlus Complete (HMO) – H2235-001 (Condados de Hillsborough, Pasco, Pinellas y Polk) \$0 al mes
- BayCarePlus Rewards (HMO) – H2235-002 (Condados de Hillsborough, Pasco, Pinellas y Polk) \$0 al mes
- BayCarePlus Premier (HMO) – H2235-003 (Condados de Hillsborough, Pasco, Pinellas y Polk) \$42 al mes
- BayCarePlus Value (HMO) – H2235-005 (Condados de Hillsborough, Pasco, Pinellas y Polk) \$0 al mes
- BayCarePlus Freedom (HMO-POS) – H2235-006 (Condados de Hillsborough, Pasco, Pinellas y Polk) \$0 al mes

Beneficios Complementarios Opcionales: Odontología Integral Sí No

Puede añadir beneficios complementarios opcionales (*servicios dentales integrales*) por \$49 adicionales al mes. La prima mensual de los beneficios complementarios se añadirá a la prima mensual del plan y/o a la Penalización por Inscripción Tardía.

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____ Inicial del segundo nombre (*opcional*): _____

Fecha de nacimiento:
(__ / __ / ____ - __)
(MM/DD/AAAA)

Sexo:
 Masculino
 Femenino

Teléfono (*seleccione el número de teléfono principal*):
 Teléfono móvil: ()
 Teléfono del hogar: ()

Dirección postal de residencia permanente (*no ingrese un P.O. Box*): _____

Condado (*opcional*): _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (*se permite un P.O. Box*): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Dirección de correo electrónico (*opcional*): _____

Su información de Medicare

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

Responda Estas Preguntas Importantes

¿Dispone de otra cobertura de medicamentos recetados (*como el Department of Veterans Affairs [VA], departamento de asuntos de veteranos, TRICARE*) además de BayCarePlus Medicare Advantage? Sí No Si la respuesta es “sí”, indique su otra cobertura y número(s) de identificación (ID) de la misma.

Nombre de la otra cobertura: _____

Número de afiliado para esta cobertura: _____

Número de grupo para esta cobertura: _____

IMPORTANTE: Lea y Firme a continuación

- Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la cobertura médica (Parte B) para permanecer en BayCarePlus Medicare Advantage.
 - Al inscribirme en este plan de Medicare Advantage, reconozco que BayCarePlus Medicare Advantage compartirá mi información con Medicare, que podrá utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, efectuar pagos y para otros fines permitidos por la legislación Federal que autoriza la recopilación de esta información (*véase la Declaración de la Ley de Privacidad más abajo*). También reconozco que BayCarePlus Medicare Advantage compartirá mi información con otros planes para realizar pagos y para otros fines permitidos por la legislación Federal que autoriza la recopilación de esta información.
 - Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la ausencia de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
 - La información que figura en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si brindo intencionalmente información falsa en este formulario, mi afiliación al plan se terminará.
 - Entiendo que las personas que tienen Medicare no suelen contar con su cobertura mientras se encuentran fuera del país, excepto en el caso de la cobertura limitada cerca de la frontera estadounidense.
 - Entiendo que cuando comience mi cobertura de BayCarePlus, deberé obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de BayCarePlus. Estarán cubiertos los beneficios y servicios brindados por BayCarePlus y contenidos en mi documento de "Evidencia de Cobertura" de BayCarePlus (*también conocido como contrato de afiliado o acuerdo de suscriptor*). Ni Medicare ni BayCarePlus pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos. Leeré el documento de Evidencia de Cobertura de BayCarePlus cuando lo reciba, con el fin de saber qué normas debo seguir para obtener cobertura con este plan de Medicare Advantage.
 - Una vez que esté afiliado a BayCarePlus, entiendo que tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios si no estoy de acuerdo.
 - Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan de Medicare Advantage (MA) o Parte D a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de MA o Parte D.
 - 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 entiendo el contenido de la misma. Si está firmada por un representante autorizado (*según lo descrito anteriormente*), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y
 - 2) La documentación de esta autorización está disponible a petición de Medicare.
- Condiciones de Inscripción a los beneficios complementarios opcionales (OSB):** Si marcó "Sí" para añadir los OSB en la página 1, lea la siguiente información. Al completar esta solicitud de inscripción:
- Acepto añadir los OSB, que incluyen cobertura dental completa por \$49 al mes. Esta cantidad es adicional a mi prima de Medicare, a las primas del plan de BayCarePlus y a cualquier Late Enrollment Penalty (LEP), penalización por inscripción tardía, que pueda aplicarse.
 - Entiendo que los OSB solo están disponibles para los afiliados inscritos en un plan BayCarePlus y que la cancelación de la inscripción en un plan de BayCarePlus conllevará a la cancelación automática de la inscripción en los beneficios complementarios opcionales.
 - Entiendo que el plan Delta Dental pagará beneficios por servicios cubiertos brindados por un proveedor no participante. Sin embargo, un proveedor no participante puede cobrar más de la cantidad máxima permitida por este plan de Medicare Advantage y yo seré responsable de todos los gastos compartidos.
 - Entiendo que si cancelo mi inscripción en los OSB, no podré volver a inscribirme hasta el siguiente período de inscripción válido en los OSB de BayCarePlus.
 - Entiendo que si no pago la prima mensual de los OSB, perderé dichos beneficios pero seguiré inscrito en BayCarePlus.
 - Entiendo que solo tengo una opción de servicios dentales. La adquisición de este plan sustituye al plan base, que tiene un máximo anual de \$2,000.

Firma:	La fecha de hoy es:	
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:		
Nombre:	Relación a la persona inscrita:	Teléfono: ()
Dirección: Ciudad:	Estado: Código postal:	

Sección 2: Todos los campos de esta sección son opcionales.

Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede denegar la cobertura si no los completa.

¿Es usted de origen Hispano, Latino o Español? Seleccione todas las que correspondan.

- No, no soy de origen Hispano, Latino o Español
- Sí, Mexicano, Mexicano Estadounidense, Chicano
- Sí, Puertorriqueño
- Sí, Cubano
- Sí, de otro origen Hispano, Latino o Español
- Elijo no contestar.

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las que correspondan.

- Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska
- Negro o Afroamericano
- Asiático:**
- Indio Asiático
- Nativo de Hawái y de las Islas del Pacífico:
- Chino
- Guamanés o Chamorro
- Filipino
- Hawaiano Nativo
- Japonés
- Samoano
- Coreano
- Otro
- Vietnamita
- Blanco
- Otro
- Elijo no contestar

Opciones de Preferencia de Comunicación

Seleccione una opción si su idioma hablado preferido es otro distinto del inglés.

- Árabe
- Alemán
- Portugués
- Chino
- Gujarati
- Español
- Francés
- Coreano
- Tagalo
- Francés Criollo
- Polaco
- Vietnamita

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma distinto del inglés.

- Árabe
- Alemán
- Portugués
- Chino
- Gujarati
- Español
- Francés
- Coreano
- Tagalo
- Francés Criollo
- Polaco
- Vietnamita

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible. Braille Letra grande
 Póngase en contacto con BayCarePlus Medicare Advantage al (877) 549-1741 (TTY: 711), de 8am a 8pm, los siete días de la semana* si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto de los indicados anteriormente, o si su idioma hablado preferido es un idioma distinto de los indicados anteriormente.

Indique su Primary Care Physician (PCP), doctor de atención primaria, clínica o centro de salud de la red BayCarePlus:

Doctor de atención primaria (PCP): Dr. _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> (Nombre) (Apellido) </div>	Núm. del PCP del Directorio de Proveedores: <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%; height: 20px;"> </div>	¿Es este su doctor actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--	---

LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE

Si actualmente tiene cobertura médica de un empleador o sindicato, la afiliación a BayCarePlus Medicare Advantage podría afectar los beneficios de seguro médico de su empresa o sindicato. Podría perder la cobertura médica de su empresa o sindicato si se inscribe en BayCarePlus Medicare Advantage. Lea las notificaciones que le envíe su empresa o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su página web o póngase en contacto con la oficina que aparece en sus notificaciones. Si no hay información sobre con quién ponerse en contacto, su administrador de beneficios o la oficina que responde a las preguntas sobre su cobertura pueden ayudarle.

Pago de las Primas de Su Plan

Tanto si está inscrito en un plan con o sin prima, puede pagar la prima de su plan y cualquier multa por inscripción tardía y/o OSB que deba o pueda deber mediante deducción automática de su cheque de beneficios de la Social Security Administration (SSA), administración del seguro social o de la Railroad Retirement Board (RRB), junta de jubilación para ferroviarios. También puede elegir pagar mediante Electronic Funds Transfer (EFT), transferencia electrónica de fondos (TEF), o cheque por correo cada mes.

Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Parte D - Income-Related Monthly Adjustment Amount [IRMAA], monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos), deberá abonar este monto adicional además de la prima de su plan. Esta cantidad suele descontarse de su beneficio del Seguro Social o puede que reciba una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague a BayCarePlus Medicare Advantage la Parte D-IRMAA.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75 por ciento o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos recetados y el coseguro. Además, quienes reúnan los requisitos no estarán sujetos a la brecha en la cobertura ni a la penalización por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social, o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al (800) 325-0778.

También puede solicitar la Ayuda Adicional en línea en [SocialSecurity.gov/PrescriptionHelp](https://www.SocialSecurity.gov/PrescriptionHelp). Si reúne los requisitos para recibir la Ayuda Adicional con los costos de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubra.

Seleccione una opción de pago de la prima:

Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

La aceptación de la retención por parte de la SSA/RRB puede tardar hasta 90 días. La SSA/RRB comenzará a deducir en la fecha de aceptación. Los afiliados recibirán una factura por los meses anteriores a la fecha de aceptación de la retención por parte de la SSA/RRB, que deberán abonar. En circunstancias limitadas, Medicare puede no permitir la opción de deducción de la SSA/RRB y puede ordenar al plan que facture directamente al afiliado. Si esto ocurre, se le notificará por escrito. Si selecciona esta opción de pago, no recibirá una factura mensual.

Transferencia electrónica de fondos (TEF) desde su cuenta bancaria cada mes.

Si elige que los fondos se retiren directamente de su cuenta corriente, esto se denomina transferencia electrónica de fondos (TEF). Si elige este método de pago, recibirá una carta del plan en la que se le solicitará que devuelva un cheque anulado junto con la carta de configuración de la cuenta. No envíe un cheque anulado en el momento de la inscripción. Su solicitud se tramitará en un plazo de 60 días laborales a partir de la recepción del cheque anulado devuelto y la carta. Las primas se deducen de su cuenta bancaria el segundo día del mes para la cobertura del mes en curso. Si selecciona esta opción de pago, no recibirá una factura mensual.

Pago Directo

Recibirá una factura mensual con instrucciones de pago.



Envíe la solicitud completa a:

BayCarePlus Medicare Advantage
P. O. Box 30764
Tampa, FL 33630

*Llame al (877) 549-1741 para obtener más información, incluidos los servicios gratuitos de traducción de idiomas, sobre su BayCare Select Health Plans. Los usuarios de TTY pueden llamar gratis al servicio nacional de retransmisión al 711. Nuestras líneas telefónicas están abiertas de 8am a 8pm, los siete días de la semana. Puede recibir un servicio de mensajería los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los días festivos. Deje un mensaje y le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. BayCare Select Health Plans es un plan de seguro médico de la Health Maintenance Organization (HMO), organización para el mantenimiento de la salud, con contrato de Medicare. La inscripción en BayCare Select Health Plans depende de la renovación del contrato. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), centros de servicios de Medicare y Medicaid, recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o en los Prescription Drug Plans (PDP), planes de medicamentos recetados, para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Los artículos 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y las Secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Título 42 del Code of Federal Regulations (CFR), Código de Regulaciones Federales, autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en la System of Records Notice (SORN), notificación del sistema de registros "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", N.º de Sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la ausencia de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.