

Formulario de Solicitud de Inscripción para el 2025

Use el formulario para inscribirse en BayCarePlus® Medicare Advantage.

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, debe cumplir con estos requisitos:

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

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, debe tener estas dos coberturas:

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

¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan en estos momentos:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (la cobertura comienza el 1 de enero)
- A los tres meses de empezar a recibir Medicare
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse a un plan 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 completar todos los campos de la Sección 1. Los campos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

Recordatorios:

- Si quiere inscribirse en un plan durante el Período de Inscripción Anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- El plan le enviará una factura mensual por la prima del plan y cualquier Penalización por Inscripción Tardía o Beneficio Complementario Opcional aplicable. Puede elegir registrarse para que los pagos de las primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completado y firmado a esta dirección:

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

Cuando procesemos su solicitud de inscripción, 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.

Personas sin hogar: Si quiere inscribirse en un plan, pero no tiene una residencia permanente, puede usar un apartado de correo (P.O. box), la dirección de un centro de acogida o una clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, los cheques del Seguro Social) como dirección de residencia permanente.

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 de Oficina de Administración y Presupuesto (OMB*), válido. El número de control de la 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 en los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de las estimaciones de tiempo o alguna sugerencia 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 envíe este formulario ni ningún otro documento con sus datos personales (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Reports Clearance Office, Oficina de Liquidación de Informes, de la PRA. Se destruirá cualquier documento que recibamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o la carga administrativa (detallado en el formulario 0938-1378 de la OMB). No se guardará, revisará ni remitirá al plan. Consulte la sección "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar el formulario completado al plan.



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

Sección 1: Todos los campos en esta página son requeridos (a menos que estén marcados como opcionales).

Seleccione el plan al que quiere inscribirse:

- BayCarePlus Complete (HMO) – H2235-001 (condados de Hillsborough, Pasco, Pinellas y Polk) \$0 por mes
- BayCarePlus Rewards (HMO) – H2235-002 (condados de Hillsborough, Pasco, Pinellas y Polk) \$0 por mes
- BayCarePlus Premier (HMO) – H2235-003 (condados de Hillsborough, Pasco, Pinellas y Polk) \$49 por mes

Beneficios Complementarios Opcionales: Cobertura Dental Integral Sí No

Puede añadir beneficios complementarios opcionales (servicios dentales integrales) por una prima mensual adicional. La prima mensual de los beneficios complementarios se añadirá a la prima mensual de su plan o a la Penalización por Inscripción Tardía.

- BayCarePlus Complete: \$49.60 por mes
- BayCarePlus Rewards: \$50.20 por mes
- BayCarePlus Premier: \$49.60 por mes

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre (opcional): _____

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

Sexo:
 Masculino
 Femenino

Teléfono (seleccione el número de teléfono principal):
 Celular: ()
 Casa: ()

Dirección postal de residencia permanente (no ingrese un apartado de correo [P.O. box]):

Condado (opcional):

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Dirección de correo, si es distinta de la dirección permanente (se permite un apartado de correo [P.O. box]):

Dirección postal:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Dirección de correo electrónico (opcional):

Información sobre su Medicare

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

Responda Estas Preguntas Importantes

¿Tiene otra cobertura de medicamentos recetados (como VA* o TRICARE*) además de BayCarePlus Medicare Advantage? Sí No

Si es así, indique la otra cobertura y los números de identificación (ID) de dicha cobertura.

Nombre de la otra cobertura: _____ Número de miembro de esta cobertura: _____ Número de grupo para esta cobertura: _____

IMPORTANTE: Lea y Firme a Continuación

- Debo mantener tanto el seguro Hospitalario (Parte A) como el seguro Médico (Parte B) para seguir siendo miembro de BayCarePlus Medicare Advantage.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que BayCarePlus Medicare Advantage compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). También reconozco que BayCarePlus Medicare Advantage compartirá mi información con otros planes para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información.
- No es obligatorio completar este formulario. Sin embargo, si no lo hace, esto puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA o de la Parte D a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA o de la Parte D.
- Entiendo que, cuando empiece mi cobertura de BayCarePlus, debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de BayCarePlus. Los beneficios y servicios prestados por BayCarePlus y que figuran en el documento de la Evidencia de Cobertura de BayCarePlus (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscripción) estarán cubiertos. Ni Medicare ni BayCarePlus pagarán beneficios que no están cubiertos.
- La información que figura en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono información falsa en este formulario de manera intencional, se cancelará su inscripción al plan.
- 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 que comprendo el contenido de la solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (según lo descrito anteriormente), esta firma certifica lo siguiente:
 - 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y
 - 2) La documentación de esta autoridad está disponible a petición de Medicare.

Condiciones de la Inscripción a los Beneficios Complementarios Opcionales (OSB*): Si ha marcado “Sí” para añadir los OSB en la página 1, lea la siguiente información. Al completar esta solicitud de inscripción:

- Acepto añadir los OSB, que incluye cobertura dental completa, por una prima mensual adicional en función del plan al que me inscriba: BayCarePlus Rewards por \$50.20 por mes, BayCarePlus Complete por \$49.60 por mes o BayCarePlus Premier por \$49.60 por mes. Este monto se suma a mi prima de Medicare, a las primas del plan BayCarePlus y a cualquier Penalización por Inscripción Tardía (LEP*) que pudiera corresponder.
- Entiendo que los OSB solo están disponibles para los miembros inscritos en el plan BayCarePlus y que la cancelación de un plan BayCarePlus plan conllevará la cancelación automática de los beneficios complementarios opcionales.
- Entiendo que el plan Delta Dental pagará los beneficios por los servicios cubiertos prestados por un proveedor no participante. Sin embargo, un proveedor no participante puede cobrar más de la cantidad máxima permitida por este plan Medicare Advantage y yo seré responsable de todos los gastos compartidos.
- Entiendo que, si cancelo mi inscripción a los OSB, no seré elegible para volver a inscribirme hasta el próximo período de inscripción válido a los OSB de BayCarePlus.
- Entiendo que, si dejo de pagar la prima mensual de los OSB, perderé los OSB, pero seguiré siendo miembro de BayCarePlus.
- Entiendo que solo tengo una opción de cobertura dental. La compra de este plan sustituye al plan base, que tiene un máximo anual de hasta \$3,000 según mi plan.

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

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

Es su decisión responder estas preguntas. No se le puede rechazar la cobertura si no lo hace.

¿Es de origen hispano, latino o español? Seleccione todo lo que corresponda.

- No, no soy de origen hispano, latino ni español
- Sí, puertorriqueño
- Sí, de otro origen hispano, latino o español
- Prefiero no responder.
- Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano/a
- Sí, cubano

¿Cuál es su raza? Seleccione todo lo que corresponda.

- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático:
 - Indio asiático
 - Chino
 - Filipino
 - Japonés
 - Coreano
 - Vietnamita
 - Asiático, otro
- Negro o afroamericano
- Nativo de Hawái y de las Islas del Pacífico:
 - Guameño o chamorro
 - Nativo de Hawái
 - Samoano
 - Islas del Pacífico, otro
- Blanco
- Prefiero no responder.

¿Cuál es su género? Seleccione uno.

- Mujer
- Hombre
- No binario
- Uso un término diferente: _____
- Prefiero no responder.

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor la imagen que tiene de usted mismo? Seleccione uno.

- Lesbiana o gay
- Heterosexual (ni gay, ni lesbiana)
- Bisexual
- Uso un término diferente: _____
- No sé
- Prefiero no responder.

Seleccione si su idioma de preferencia no es el inglés. Español

Seleccione si quiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés. Español

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

- CD de audio
- Braille
- Letra grande

Comuníquese con BayCarePlus Medicare Advantage al (877) 549-1741 (TTY: 711), los siete días de la semana, de 8am a 8pm* si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto de los anteriores, o si su idioma de preferencia no es uno de los mencionados anteriormente.

Situación Laboral

¿Trabaja? Sí No

¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Indique su médico de atención primaria (PCP*), clínica o centro de salud de la red de BayCarePlus:

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

LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE

Si actualmente tiene cobertura médica de un empleador o un sindicato, la inscripción a BayCarePlus Medicare Advantage podría afectar los beneficios de seguro médico de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura médica de su empleador o sindicato si se inscribe en BayCarePlus Medicare Advantage. Lea las comunicaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o póngase en contacto con la oficina que figura en sus comunicaciones. Si no hay información sobre con quién comunicarse, el administrador de beneficios o la oficina que responde las preguntas sobre la cobertura pueden ayudarlo.

Pagar las Primas del Plan

Tanto si está inscrito en un plan con primas o si no lo está, todos los meses puede pagar la prima de su plan y cualquier Penalización por Inscripción Tardía o OSB que tenga o pueda adeudar mediante transferencia electrónica de fondos (EFT*) o cheque. Para pagar las primas, también puede deducirlas automáticamente del cheque de beneficios del Seguro Social (SSA*) o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB*) todos los meses.

Si tiene que pagar un Importe de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D (IRMAA* de la Parte D), deberá pagar este importe adicional además de la prima del plan. El importe suele descontarse de los beneficios del Seguro Social o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague el IRMAA de la Parte D de BayCarePlus Medicare Advantage.

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

También puede solicitar Ayuda Adicional en línea en [SocialSecurity.gov/PrescriptionHelp](https://www.SocialSecurity.gov/PrescriptionHelp). Si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de la 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 la porción que Medicare no cubra.

Seleccione una opción de pago de primas:

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

Recibo beneficios mensuales de: SSA RRB

Puede tardar hasta 90 días en recibir la aceptación de la retención de SSA/RRB. La SSA/RRB comenzará a deducir a partir de la fecha de aceptación. Los miembros recibirán una factura por los meses anteriores a la fecha de aceptación de la retención por parte de la SSA/RRB, que deberán pagar. En circunstancias limitadas, Medicare puede no permitir la opción de deducción de la SSA/RRB y puede indicarle al plan que le facture directamente al miembro. Si esto ocurre, recibirá una notificación por escrito. Si selecciona esta opción de pago, no recibirá una factura mensual.

- Transferencia electrónica de fondos (EFT*) 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 (EFT). Si elige este método de pago, recibirá una carta del plan en la que se pide que se le devuelva un cheque anulado junto con la carta para configurar la cuenta. No presente un cheque anulado en la inscripción. La solicitud de EFT se procesará en un plazo de 60 días laborales a partir de la recepción del cheque anulado devuelto y de 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.

Solo para Personas que Ayudan a un Miembro a Completar este Formulario

Complete esta sección si usted es un individuo (es decir, agentes, corredores, asesores del Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés), familiares u otros terceros) asistiendo a una persona inscrita a completar este formulario.

Nombre:	Relación a la persona inscrita:
Firma:	Número nacional de productor (solo agentes/corredores):



Devuelva la solicitud completada a:
BayCarePlus Medicare Advantage
P. O. Box 30764
Tampa, FL 33630

*Llame al (877) 549-1741 para obtener más información, incluidos servicios gratuitos de traducción de idiomas, sobre BayCare Select Health Plans. Los usuarios de TTY pueden llamar sin costo al servicio nacional de retransmisión al 711. Las líneas telefónicas están abiertas los siete días de la semana, de 8am a 8pm. Puede ser dirigido a 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 al siguiente día laboral. BayCare Select Health Plans es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en BayCare Select Health Plans depende de la renovación del contrato. Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS*), recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los Planes Medicare Advantage (MA) o de Medicamentos Recetados (PDP*), para mejorar el cuidado y para el pago de los beneficios de Medicare. Los artículos 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguro Social y el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR*), §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32, autorizan la recopilación de esta información. Los CMS puede utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN*) "Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (MARx*)", Sistema Nro. 09-70-0588. No es obligatorio completar este formulario. Sin embargo, si no lo hace, esto puede afectar la inscripción en el plan.

SOLO PARA USO DE LA OFICINA		
Confirmación # (<i>inscripción rápida o por teléfono</i>):	Registro de la solicitud #:	
ID del plan #:	Fecha de entrada en vigor de la cobertura:	
Períodos de elección: <input type="checkbox"/> ICEP* (I) <input type="checkbox"/> IEP* (E) <input type="checkbox"/> 2do IEP (F) <input type="checkbox"/> AEP* (A) <input type="checkbox"/> OEP* (M) <input type="checkbox"/> OEPI* (T)		
Períodos de Elección Especiales (<i>marque todos los que correspondan</i>):		
SEP* (S) <input type="checkbox"/> SPAP* <input type="checkbox"/> Pérdida del SNP* <input type="checkbox"/> Derechos Retroactivos <input type="checkbox"/> Cobertura por Pérdida/Crédito No Voluntaria <input type="checkbox"/> No Renovación del Contrato/Plan <input type="checkbox"/> Incumplimientos de Contratos <input type="checkbox"/> Duración del Contrato: Inmediata <input type="checkbox"/> Duración del Contrato: MAO* <input type="checkbox"/> Duración del Contrato: CMS <input type="checkbox"/> Sanción de los CMS <input type="checkbox"/> FEMA*/Catástrofes <input type="checkbox"/> Plan Puesto Bajo Administración Judicial <input type="checkbox"/> Plan de Bajo Rendimiento Identificado por los CMS <input type="checkbox"/> Retraso en el Formato Accesible <input type="checkbox"/> Pérdida Involuntaria de la Parte B <input type="checkbox"/> Transición PACE* <input type="checkbox"/> No Renovación del Plan de Costos <input type="checkbox"/> Abandono de Medigap en el Período de Prueba <input type="checkbox"/> Elegibilidad Adicional para el IEP de la Parte D <input type="checkbox"/> Inscripción General a la Parte B <input type="checkbox"/> Presencia Legal <input type="checkbox"/> Emergencia por COVID-19	SEP (V) <input type="checkbox"/> Traslado Permanente	SEP (W) <input type="checkbox"/> Obtención o Pérdida de Cobertura del Empleador
SEP (L) Permitido Una Vez por Trimestre <input type="checkbox"/> Doble Elegibilidad/Tiene Medicaid <input type="checkbox"/> No Tiene Doble Elegibilidad con LIS*		
SEP (U) <input type="checkbox"/> Obtención/Pérdida/Cambio en el Estado de Doble Elegibilidad <input type="checkbox"/> Obtención/Pérdida/Cambio de Medicaid <input type="checkbox"/> Obtención/Pérdida/Cambio en el LIS Sin Doble Elegibilidad		
SEP (R) <input type="checkbox"/> SEP de 5 Estrellas		
SEP (Otro) <input type="checkbox"/> _____		
Nombre del productor:	NPN* del productor:	Fecha de recepción de la solicitud:

Llame al (877) 549-1741 para obtener más información, incluidos servicios gratuitos de traducción de idiomas, sobre BayCare Select Health Plans. Los usuarios de TTY pueden llamar sin costo al servicio nacional de retransmisión al 711. Las líneas telefónicas están abiertas los siete días de la semana, de 8am a 8pm. Podría ser dirigido a 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 al siguiente día laboral. BayCare Select Health Plans es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en BayCare Select Health Plans depende de la renovación del contrato. Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.