



FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE EGWP Sharp HealthCare PARA LA INSCRIPCIÓN EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un plan Medicare Advantage

Para inscribirse en un plan, usted debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o tener presencia legal en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener:

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

¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

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

Visite **Medicare.gov** si desea 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 puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales. No se le puede negar la cobertura por el hecho de que usted no los complete.

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 a más tardar el 7 de diciembre.

- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que se deduzcan los pagos de la prima de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

¿Qué sucede a continuación?

Envíe por correo el formulario completo a:

Sharp Health Plan Medicare Dept.
8520 Tech Way, Suite 201
San Diego, CA 92123

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, un representante del plan se comunicará con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame al 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711).

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

En español: Llame a Sharp Health Plan al 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y presione el 2 para recibir asistencia en español y un representante estará disponible para asistirlo.

Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, una casilla postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social) puede considerarse su dirección de residencia permanente.

Información del agente – Solo para uso interno			
Nombre del miembro del personal (si recibió ayuda durante la inscripción): _____			
N.º de licencia de California: _____			
N.º de ID del plan: _____	Fecha de recepción: _____	ICEP/IEP: _____	SEP (tipo): _____ No elegible: _____
N.º de PCP: _____		N.º de solicitud: _____	

Para inscribirse en Sharp Direct Advantage, proporcione la siguiente información:			
Nombre del empleador o sindicato: Exempleados de Sharp HealthCare			Grupo N.º: 1002010
Fecha de inicio de la cobertura solicitada: MM/DD/AAAA (/ /)			
<p>Seleccione el plan en el que desea inscribirse:</p> <p><input type="checkbox"/> Sharp Direct Advantage Basic (\$0 por mes, servicios dentales no incluidos)</p> <p><input type="checkbox"/> Sharp Direct Advantage Basic con servicios dentales (\$13 por mes, Delta Dental Medicare Advantage DHMO*)</p> <p><input type="checkbox"/> Sharp Direct Advantage Basic con servicios dentales (\$50 por mes, Delta Dental Medicare Advantage PPO)</p> <p><input type="checkbox"/> Sharp Direct Advantage Premium (\$68 por mes, servicios dentales no incluidos)</p> <p><input type="checkbox"/> Sharp Direct Advantage Premium con servicios dentales (\$81 por mes, Delta Dental Medicare Advantage DHMO*)</p> <p><input type="checkbox"/> Sharp Direct Advantage Premium con servicios dentales (\$118 por mes, Delta Dental Medicare Advantage PPO)</p> <p>*La cobertura dental integral se proporciona a través de DeltaCare USA, un plan tipo HMO ofrecido por Delta Dental of California. Se le asignará automáticamente un dentista de la red en su área. Si desea cambiar a otro proveedor de la red, comuníquese con Delta Dental.</p>			
Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Sra.
Fecha de nacimiento: MM/DD/AAAA / /	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Dirección de correo electrónico:	
Número de teléfono celular: ()	Número de teléfono particular: ()	Otro número de teléfono: ()	
Domicilio de residencia permanente (no ingrese un apartado postal):			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite un apartado postal): Dirección:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Número de Seguro Social:			

Proporcione la información de su seguro de Medicare	
<p>Tome su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare. - O - • Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare, de su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria. 	<p>Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare): _____</p> <p>Número de Medicare: _____</p> <p>Tiene derecho a Entra en vigencia</p> <p>HOSPITALARIO (Parte A) _____</p> <p>MÉDICO (Parte B) _____</p>
Lea y responda estas preguntas importantes:	
<p>1. ¿Es usted expleado de Sharp HealthCare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es "sí", fecha de finalización del empleo (MM/DD/AA): _____</p> <p>Si la respuesta es "no", nombre del expleado de Sharp Healthcare: _____</p>	
<p>2. Responda esta pregunta solo si usted es expleado. ¿Tiene usted cobertura para un cónyuge o dependiente(s) en virtud de este plan del empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es "sí", nombre del cónyuge: _____</p> <p>Nombre(s) del(de los) dependiente(s): _____</p> <p>Nombre(s) del empleador del(de los) dependiente(s): _____</p> <p>Nota: El cónyuge/dependiente del expleado deberá completar una solicitud por separado.</p>	
<p>3. ¿Trabaja usted o su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>4. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluidos otros seguros privados, compensación por accidentes de trabajo, beneficios de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA) o programas estatales de asistencia farmacéutica.</p> <p>¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta, además de Sharp Health Plan? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es "sí", indique su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación (ID) para esta cobertura:</p> <p>Nombre de la otra cobertura: _____ N.º de identificación para la cobertura: _____</p>	
<p>5. ¿Es usted residente de un centro de atención a largo plazo, como un hogar de ancianos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:</p> <p>Nombre de la institución: _____</p> <p>Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle): _____</p>	
<p>Elija un médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP):</p> <p>Nombre del PCP: _____ Grupo médico del PCP: _____</p> <p>¿Es usted un paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el médico (Parte B) para permanecer en Sharp Health Plan.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que Sharp Health Plan compartirá mi información con Medicare, que podrá usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción y realizar pagos, pero también 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). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que puedo inscribirme en un solo plan Medicare Advantage (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 de PFFS de MA, MSA de MA).
- Comprendo que cuando comience mi cobertura de Sharp Health Plan debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Sharp Health Plan. Los beneficios y servicios proporcionados por Sharp Health Plan y contenidos en mi documento de "Evidencia de cobertura" de Sharp Health Plan (también conocido como contrato del afiliado o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Sharp Health Plan pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Según mi leal saber y entender, la información que figura en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en este documento significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si quien firma es un representante autorizado (como se describió más arriba), 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 cuando Medicare lo solicite.
- La persona abajo firmante acepta expresamente que Sharp Health Plan, sus socios comerciales y otros terceros, incluidos los recaudadores de deudas, le envíen comunicaciones electrónicas periódicas para cualquier fin legal, incluidos los fines comerciales o de marketing de rutina, a cualquier dirección de correo electrónico o número de teléfono que la persona proporcione. Los mensajes pueden enviarse por mensaje de texto (SMS), correo electrónico, sistemas de marcado telefónico automático (marcador automático), mensajes pregrabados o llamadas de operador en vivo. La frecuencia de los mensajes variará. Se aplican tarifas de mensajes y datos. La persona abajo firmante puede optar por no recibir más comunicaciones electrónicas automatizadas en cualquier momento. Para ello, debe enviar un mensaje de texto con la palabra STOP o llamar al 1-800-827-4277. El hecho de que la persona abajo firmante acepte recibir o no estos mensajes no afectará la atención ni la cobertura de ninguna manera. Visite www.sharphealthplan.com/terms para conocer todos los Términos de uso.

Firma: x	Fecha de hoy:
--------------------	----------------------

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

Nombre:	Dirección:
Número de teléfono: ()	Relación con el afiliado:

Marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible:

Español

Formato accesible (como Braille, audio o letra grande): _____

Comuníquese con Sharp Health Plan llamando al 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711) si necesita información en un formato accesible que no sean los mencionados antes. Nuestro horario de atención es de 7 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, durante todo el año.

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Sí, cubano |
| <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Opto por no responder. |

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

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Indígena asiático | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Otro asiático | <input type="checkbox"/> Opto por no responder. |

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Normalmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual (Annual Enrollment Period, AEP) que se extiende desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle la inscripción en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea atentamente la afirmación que sigue y marque la casilla si la afirmación describe su caso.

Al marcar la casilla que sigue, usted certifica que, según su leal saber y entender, usted es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

Soy ex empleado o cónyuge/pareja de hecho/dependiente de un ex empleado de Sharp HealthCare y no soy empleado activo de Sharp HealthCare.

Si esta afirmación no describe su caso o no está seguro, comuníquese con Sharp Health Plan llamando al 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711) para saber si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 7 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, durante todo el año.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, no se exige que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que se muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-NEW. El tiempo necesario 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 tiene algún comentario con respecto a la exactitud de la o las estimaciones 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.