Kern Family Health Care
Medicare (D-SNP)

OMB Nº 0938-1378
Caducidad: 12/31/2026

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un plan de Medicare Advantage

Para inscribirse en un plan, debe:

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

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

- Medicare Parte A (Seguro de Hospital)
- Medicare Parte B (Seguro Médico)

¿Cuándo uso este formulario?

Puedes inscribirse a 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 de recibir Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan

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

Tenga en cuenta: 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 no completarlos.

Recordatorios

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta del otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que sus pagos de prima sean deducidos de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucede después?

Envía su formulario completado y firmado a:
Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP)
PO BOX 9187
Bakersfield, California 93389-9187

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) al 1-866-661-3767. Los usuarios de TTY pueden llamar al 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 Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) al (866) 661-3767. Los usuarios de TTY llamen a 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.

Personas sin hogar:

- Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, cheques de seguro social) se puede considerar su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo 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 necesario para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de la(s) estimación(es) de tiempo 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.

IMPORTANTE:

No envíe este formulario ni ningún artículo con su información personal (como reclamos, pagos, expedientes médicos, etc.) a la PRA Reports Clearance Office. Cualquier artículo que obtengamos que no se trate de cómo mejorar este formulario o su carga de recolección (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se mantendrá, revisará o enviará al plan. Vea «¿Qué sucede a continuación?» en esta página para enviar su formulario completado al plan.

Sección 1: Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados)

Seleccione el plan en el que desea inscribirse: ☐ Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) - $0.00 por mes

PRIMER nombre:	APELLIDO:	Inicial de segundo nombre:
_____	_____	_____

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	Sexo:	Número de teléfono
(_____/_____/_____)	☐ Masculino ☐ Femenino	( )

Dirección de calle de residencia permanente (no ingrese un apartado de correos. Tenga en cuenta: Para las personas que experimentan falta de hogar, un apartado de correo puede ser considerado su dirección de residencia permanente.):

Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite un apartado de correo):
Dirección de la calle: Cuidad Estado Código postal

Su información de Medicare:

Número de identificación de Medicare: __ __ __ __ - __ __ __ - __ __ __ __

Responda a estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP)? ☐ Sí ☐ No

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

_____ _____ _____

IMPORTANTE: Lea y firme abajo:

- Debo mantener tanto el seguro de Hospital (Parte A) como seguro Médico (Parte B) para permanecer en Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP).
- Al unirme a esta plan de Medicare Advantage, reconozco que Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, hacer pagos y para otros propósitos permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (vea la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito(a) en un plan MA a la vez – y que la inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan de Medicare Advantage (Medicare Advantage, MA) (excepciones aplican para los planes de Medicare Advantage pago por servicios privado [MA (Private Fee-For-Service, PFFS)] y Medicare Advantage cuenta de ahorros médicos [MA (Medical Saving Account, MSA]).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP), debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados a través de Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP). Los beneficios y servicios proporcionados por Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) y contenidos en mi documento de «Evidencia de Cobertura» de Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) pagarán beneficios o servicios que no están cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que, si intencionalmente proveo información falsa en este formulario, se terminará mi inscripción en el 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 entendido el contenido de esta aplicación. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe previamente), esta firma certifica que:
  1) Esta persona está autorizada bajo la ley estatal para completar esta inscripción, y
  2) La documentación de esta autoridad está disponible a petición de Medicare.

Sección 2: Todos los campos de esta sección son opcionales

Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura por no completarlos.

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

□ Braille □ Letra grande □ CD de audio □ CD de datos

Comuníquese con Kern Family Health Care Medicare (HMO D-SNP) al 1-866-661-3767 si necesita información en un formato accesible que sea distinto a los mencionados previamente. Nuestro horario de oficina es de 8 a. m. a 8 p. m. los 7 días de la semana entre el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo. Entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre estamos abiertos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., y utilizamos tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y días festivos federales. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja? □ Sí □ No ¿Su cónyuge trabaja? □ Sí □ No

Indique su proveedor de atención primaria (Provider Care Provider, PCP), clínica o centro de salud:

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

□ Evidencia de cobertura □ Resumen de beneficios □ Manual para miembros

Dirección de correo electrónico: _____

Para las personas que ayudan a inscribirse con completar este formulario solamente

Complete esta sección si usted es una persona (es decir, agentes, corredores, consejeros de SHIP, miembros de la familia, u otros terceros) ayudando a un miembro a llenar este formulario.

Nombre: _____ Relación con el miembro: _____

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

Número de confirmación de la aplicación del sistema: _____

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 de Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley de Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Sistema de Aviso de Registros (SORN) «Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)», Sistema N° 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan