

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN 2024 PARA AFILIARSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que desean unirse a un plan Medicare Advantage.

Para unirse a un plan, debe:

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

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

- Medicare Parte A (Seguro Hospitalario)
- Medicare Parte B (Seguro Médico)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para comenzar su cubierta el 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En determinadas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de plan

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede afiliarse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección y número de teléfono permanentes

Nota: Debe completar todos los campos de la Sección 1. Los campos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cubierta porque no los complete.

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la afiliación abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado en o antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de sus primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Retiro Ferroviario).

¿Qué pasa después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Triple-S Advantage, Inc.
Departamento de Matrícula
PO Box 11320
San Juan, Puerto Rico 00922-1320

Una vez que procesen su solicitud para afiliarse, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Triple-S Advantage al 1-888-620-1919. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-866-620-2520.

O, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

In English: Call Triple-S Advantage at 1-888-620-1919 / TTY users 1-866-620-2520 or call Medicare toll free at 1-800-633-4227.



Personas sin hogar

- Si desea afiliarse a un plan pero no tiene residencia permanente, se puede considerar como dirección de residencia permanente un apartado de correos, la dirección de un refugio o de una clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, los cheques del seguro social).

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún documento con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes PRA. Cualquier artículo que recibamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (indicada en OMB0938-1378) será destruido. No se conservará, ni se revisará, ni se enviará al plan. Consulte la sección "¿Qué pasa después?" de esta página para enviar su formulario completado al plan.



SECCIÓN 1

TODOS LOS CAMPOS EN ESTA PÁGINA/SECCIÓN SON REQUERIDOS
(A MENOS QUE INDIQUE SER OPCIONAL):

Boleta: _____

Seleccione el plan al que desea afiliarse:

Planes sin cubierta de Farmacia (Parte D)

Basic (HMO)

Prima Mensual \$0

Óptimo (PPO)

Prima Mensual \$0

Planes PPO con cubierta de Farmacia (Parte D)

Óptimo Plus (PPO)

Prima Mensual \$0

Óptimo Xtra (PPO)

Prima Mensual \$30

Planes de HMO y HMO-POS con cubierta de Farmacia (Parte D)

Real (HMO)

Prima Mensual \$0

Magno (HMO-POS)

Prima Mensual \$0

Brillante (HMO-POS)

Prima Mensual \$0

AhorroMax (HMO)

Prima Mensual \$0

Enlace Plus (HMO)

Prima Mensual \$0

Contigo Plus (HMO-SNP)

Prima Mensual \$0

Planes Platino (para personas con elegibilidad dual a Medicare y Medicaid)

Platino Plus (HMO-SNP)

Prima Mensual \$0

Platino Enlace (HMO-SNP)

Prima Mensual \$0

Platino Advance (HMO-SNP)

Prima Mensual \$0

Platino Blindao (HMO-SNP)

Prima Mensual \$0

Platino Selecto (HMO-SNP)

Prima Mensual \$0

Platino Titán (HMO-SNP)

Prima Mensual \$0

FAVOR INDICAR A CUÁL PLAN GRUPAL DESEA AFILIARSE (SI APLICA):

Cubierta: _____

Seleccionar: _____ (HMO) _____ (PPO)

Prima Mensual: _____

Fecha de Efectividad: _____

Número SS (Sólo para cubiertas grupales.): _____



Si escogió alguna de nuestras cubiertas Platino, por favor conteste lo siguiente:

¿Está inscrito en el Programa Estatal de Medicaid? Sí No

Si respondió "Sí", por favor proporcione su número de Medicaid (MPI): _____

Si usted escoge afiliarse a *Contigo Plus (HMO-SNP)*, por favor seleccione la condición crónica con la que ha sido diagnosticado:

Diabetes Mellitus Desorden Cardiovascular Fallo Cardíaco Congestivo

IMPORTANTE: LEER Y FIRMAR ABAJO

Al completar esta solicitud de afiliación, estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Es necesario que yo mantenga la Parte A (Hospital) y Parte B (Cubierta Médica) para permanecer en Triple-S Advantage.
2. Al unirme a este Plan Medicare Advantage, reconozco que Triple-S Advantage compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi afiliación, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (vea la Declaración de Privacidad al final de este formulario). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar a la inscripción en el plan.
3. Para **Óptimo (PPO) y Basic (HMO)**: Entiendo que si no tengo una cubierta de medicamentos recetados de Medicare, o cubierta de medicamentos recetados acreditable (tan buena como la de Medicare), podría pagar una penalidad por inscripción tardía si me afilio a una cubierta de medicamentos recetados de Medicare en el futuro.
4. Entiendo que sólo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez - y que la inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
5. Entiendo que cuando comience mi cubierta de Triple-S Advantage, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Triple-S Advantage. Los beneficios y servicios proporcionados por Triple-S Advantage y contenidos en mi documento de "Evidencia de Cubierta" de Triple-S Advantage (también conocido como contrato de afiliado o acuerdo con el afiliado) serán cubiertos. Ni Medicare ni Triple-S Advantage pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
6. La información de este formulario de inscripción es correcta a mi mejor conocimiento. Entiendo que si proporciono intencionadamente información falsa en este formulario, se me dará de baja del plan.
7. Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada a actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta aplicación. Si lo firma una persona autorizada (tal como se explicó antes), esta firma certifica que:
 - a. Esta persona está autorizada bajo la ley del estado a completar esta solicitud, y
 - b. Los documentos de esta autorización estarán disponibles si se solicitan por Medicare.

Firma: _____

Fecha de hoy: _____



Solo para Solicitud de Afiliación Electrónica completada de forma presencial:

Marcar "Afiliarme Ahora" es considerado su firma.

Afiliarme Ahora: _____ Fecha de hoy: _____

Solo para Solicitud de Afiliación completada por teléfono:

Número de Llamada (UCID): _____ Fecha de hoy: _____

Testigo: _____ Fecha de hoy: _____

Si usted es un representante autorizado/representante legal, deberá firmar arriba y completar estos campos:

Nombre: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Relación con Solicitante: _____

SECCIÓN II

TODOS LOS CAMPOS A CONTINUACIÓN SON OPCIONALES:

Contestar estas preguntas es a su discreción. No se le puede denegar cubierta por no completarlas.

Seleccione si desea que le enviemos información en un idioma que no sea español:

Inglés _____ Otro (indique): _____

Seleccione si desea que le enviemos información en un formato accesible:

Braille _____ Letra Agrandada _____ Audio CD _____

Por favor, comuníquese con Triple-S Advantage al 1-888-620-1919 si usted necesita información en un formato accesible o idioma además del mencionado anteriormente. Nuestro horario es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-620-2520.

¿Usted trabaja? ___Sí ___No

¿Su cónyuge trabaja? ___Sí ___No

SOLICITUD DE AFILIACIÓN 2024 P. 7



¿Es usted Hispano, Latino/a, o de origen Español? Seleccione todo lo que corresponda:

No, no soy de origen Hispano, Latino/a, o Español

Sí, Mexicano, Mexicano Americano, Chicano/a

Sí, Puertorriqueño

Sí, Cubano

Sí, otro origen Hispano, Latino/a, o Español

Prefiero no contestar

¿Cuál es su raza? Seleccione todo las que corresponda:

Indio americano o nativo de Alaska

Negro o afroamericano

Asiático:

Indio asiático

Chino

Filipino

Japonés

Coreano

Vietnamita

Otro asiático

Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico:

Guameño o Chamorro

Nativo de Hawái

Samoano

Otro Isleño del Pacífico

Blanco

Prefiero no contestar

Para cubiertas HMO - Por favor, seleccione el nombre de su Médico de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés), clínica o centro de salud de nuestro Directorio de Proveedores:

Teléfono: _____

De no escoger un PCP, se le asignará uno de forma automática.

¿Usted acepta que nos comuniquemos a través de mensajes de texto utilizando la información de contacto provista por usted o por medios autorizados por ley?

Sí No

¿Usted acepta que nos comuniquemos a través de correo electrónico?

Sí No

Correo electrónico: _____



Deseo recibir los siguientes materiales e información por correo electrónico, (seleccione uno o más):

- Directorio de Proveedores
- Notificación Anual de Cambios
- Evidencia de Cubierta
- Resumen de Beneficios
- Formulario de Medicamentos Recetados
- Material de promoción para mantener su salud, recordatorios de citas médicas, y cualquier otra comunicación del Plan.
- Confirmación de Afiliación Electrónica (solo para afiliaciones completadas por teléfono)

Para optar por no recibir comunicaciones a través de correo electrónico, llamadas o mensajes de texto, puede comunicarse en cualquier momento a nuestro Centro de Servicios al Afiliado al 1-888-620-1919 de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los usuarios de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520. Tenga en cuenta que si opta por no recibir comunicaciones a través de correo electrónico, llamadas o mensajes de texto usted aún estará recibiendo comunicaciones transaccionales tales como Determinaciones de Cubierta de Servicios entre otras.

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____
Relación con usted: _____

¿Es usted el retirado? Sí No **(Solo para grupos patronales).**
Si contestó "Sí", indique fecha de retiro (mes/día/año): _____
Si contestó no, indique el nombre del retirado: _____

¿Está cubriendo a su cónyuge o dependientes bajo este plan patronal? **(Solo para grupos patronales).**
 Sí No No aplica
Si la contestación es "Sí", nombre del cónyuge: _____
Nombre(s) de dependiente(s): _____

¿Es usted residente de una institución de cuidados a largo plazo, como un hogar o asilo de ancianos?
 Sí No
Si respondió "Sí", por favor proporcione la siguiente información:
Nombre de la Institución: _____
Nombre del Administrador: _____
Número de teléfono de la Institución o Administrador: _____

Plan Médico Actual:
 MMM Humana MCS Medicare Original Plan USA Otro: _____


PAGANDO SU PRIMA DEL PLAN:

Usted puede pagar su prima mensual del plan (incluyendo cualquier penalidad por inscripción tardía que usted actualmente tenga o deba) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés) o tarjeta de crédito cada mes. También puede seleccionar pagar su prima con una deducción automática mensual de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés).

Si tiene que pagar un cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar esta cantidad extra además de su prima del plan. NO pague la Parte D-IRMAA a Triple-S Advantage, Inc.

**POR FAVOR SELECCIONE UNA OPCIÓN PARA EL PAGO DE LA PRIMA
Y/O PENALIDAD POR INSCRIPCIÓN TARDÍA:**

Si usted no selecciona una opción de pago, se enviará una libreta de cupones.

Recibir una libreta de cupones

Transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés) de su cuenta bancaria mensualmente. Por favor, incluya un cheque con la palabra "VOIDED" escrita o provea lo siguiente:

Nombre del dueño de la cuenta: _____

Número de ruta del banco: _____ Número de cuenta bancaria: _____

Tipo de cuenta: Cheques Ahorros

Tarjeta de Crédito. Por favor, provea la siguiente información:

Tipo de tarjeta: Visa Master Card

Nombre del dueño de la cuenta según aparece en la tarjeta: _____

Número de la tarjeta: _____

Fecha de Expiración: __/__/____ (MM/AAAA)

Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés).

Recibo los beneficios mensuales de: Seguro Social RRB



(La deducción del Seguro Social/RRB puede tomar dos meses o más para comenzar después que el Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés) aprueba la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario incluirá todas las primas que deba de su inscripción desde la fecha que entra en vigor hasta que comience la retención. Si el Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario no aprueba su solicitud para deducción automática, le enviaremos una factura por su prima mensual.)

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LOS BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS ESPECIALES PARA ENFERMOS CRÓNICOS:

Algunos de nuestros planes ofrecen Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI, por sus siglas en inglés), esto significa que para ser elegible para recibir estos beneficios, el afiliado debe cumplir con todo lo siguiente:

- Tener una o más afecciones crónicas comórbidas y médicamente complejas que ponen en peligro la vida o limitan significativamente la salud general o la función del afiliado;
- Tener un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud; y
- Requerir coordinación de cuidado intensivo.

Si eligió una cubierta que incluye Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI, por sus siglas en inglés), note que, para recibir estos beneficios debe cumplir con todos los requisitos establecidos anteriormente, y que Triple-S realizará una verificación clínica para poder validar su elegibilidad. Si después de la validación clínica no cumple con los requisitos, será elegible para recibir todos los demás beneficios en el paquete de su plan a excepción de los Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI).



**CERTIFICO QUE RECIBÍ LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS
POR PARTE DEL REPRESENTANTE DE TRIPLE-S ADVANTAGE:**

- Paquete Inicial** (Resumen de Beneficios, Lista de Verificación de Pre-Afiliación)
- Notificación de Clasificación de Estrellas de Medicare**
- Notificación de disponibilidad electrónica de la Evidencia de Cubierta, Formulario de Medicamentos y Directorio de Proveedores y Farmacias**
- Confirmación de Afiliación** (si aplica)
- Copia de la Solicitud de Afiliación** (si aplica)
- Certificación de Elegibilidad para un Periodo de Afiliación (si aplica)
- Precertificación de Enfermedades Crónicas (si aplica)
- Autorización para la Divulgación de Información Protegida de Salud (formulario PHI) (si aplica)

Lo siguiente solo aplica si no se proporcionó la Notificación de disponibilidad electrónica de la Evidencia de Cubierta, el Formulario de Medicamentos y el Directorio de Proveedores y Farmacias:

- Evidencia de Cubierta y Formulario de Equipo Médico Duradero (si aplica)
- Directorio de Proveedores y Farmacias (si aplica)
- Formulario de Medicamentos (si aplica)

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE:

Nombre del empleado/agente/broker (si fue asistido en la afiliación): _____

NPN: _____

Fecha de Recibo: _____

ID # de Plan: _____ Fecha Efectiva de Cubierta: _____

**DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recopilan información de los planes de Medicare para rastrear la afiliación de los beneficiarios en planes Medicare Advantage (MA), mejorar cuidado y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de afiliación de beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN, por sus siglas en inglés) “Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)”, Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la afiliación en el plan.

Triple-S Advantage, Inc. es un concesionario independiente de BlueCross BlueShield Association. Las cubiertas Platino están disponibles para cualquier persona que tenga tanto Asistencia Médica del Estado como de Medicare.

Triple-S Advantage, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Triple-S Advantage, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por razón de raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo. Triple-S Advantage Inc. **遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。** ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call: 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520). ATENCIÓN: Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística están disponibles libre de cargo para usted. Llame al: 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520). **注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520)。**