

## Formulario de solicitud de inscripción individual 2026

### ¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que deseen inscribirse en un Plan Medicare Advantage o en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

### Para inscribirse en un plan, usted debe:

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

**Importante:** Para inscribirse en un Plan de Medicare Advantage, también debe tener las dos partes siguientes:

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

**Importante:** Para inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, también debe tener alguna de las dos siguientes partes o ambas:

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

### ¿Cuándo se usa este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que empieza el 1.º de enero)
- En un plazo de tres (3) meses después de que obtenga 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)

De conformidad con la Ley de Reducción de Papeleo (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recolección de información a menos que tenga un número de control de la OMB válido. El número de control de la OMB válido para esta recolección de información es el 0938-1378. El tiempo necesario para completar esta información se estima que rondará en promedio los 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de información existente, reunir la información necesaria y completar y revisar la información recopilada. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión del tiempo estimado 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.

#### IMPORTANTE

No envíe este formulario ni cualquier artículo con su información personal (como reclamos, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Aprobación de Reportes de la PRA. Cualquier punto que obtengamos y que no tenga que ver con cómo mejorar este formulario o su carga de recolección (descrita en OMB 0938-1378) se destruirá. No se conservará, revisará ni reenviará al plan. Consulte “¿Qué pasará ahora?” en esta página para enviar su formulario completado al plan. OMB No. 0938-1378 Vence el: 31/12/2026

- Su domicilio permanente y número de teléfono

**Tenga en cuenta lo siguiente:** Debe completar todos los elementos de la **Sección 1**. Los elementos de la **Sección 2** son *opcionales*: no se le denegará la cobertura por no completar el formulario.

### Recordatorios:

- Si desea inscribirse a un plan durante el Periodo Anual de Inscripción (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado a más tardar el 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una cuenta por la prima del plan (si corresponde). Puede elegir inscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o su beneficio mensual de Seguro Social (o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios).
- Las inscripciones durante el Periodo de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre) entrarán en vigor el 1.º de enero.

### ¿Qué pasará ahora?

Envíe su formulario completado y firmado a:

Alameda Alliance for Health  
Attn: Alameda Alliance Wellness  
Operaciones de Medicare: Ventas  
1240 South Loop Road  
Alameda, CA 94502

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

### ¿Cómo puedo pedir ayuda con este formulario?

Llame a Alameda Alliance Wellness al **1.877.972.5373**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1.800.735.2929**. 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 Alameda Alliance Wellness al **1.877.972.5373** 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 cuenta con un domicilio permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica o la dirección donde recibe correo (p. ej., cheques del Seguro Social) se puede considerar como su domicilio de residencia permanente.

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-1378. The time required to complete this information is estimated to average 20 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**IMPORTANT**

**Do not send this form or any items with your personal information (such as claims, payments, medical records, etc.) to the PRA Reports Clearance Office. Any items we get that aren't about how to improve this form or its collection burden (outlined in OMB 0938-1378) will be destroyed. It will not be kept, reviewed, or forwarded to the plan. See "What happens next?" on this page to send your completed form to the plan. OMB No. 0938-1378 Expires: 12/31/2026**

**Sección 1: Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que se marquen como opcionales)**

**Seleccione el plan al que desea inscribirse:**

☒ **Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP) – \$0 al mes**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial de su segundo nombre (opcional): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de su residencia permanente (no ingrese un apartado postal Nota: En el caso de personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su domicilio permanente):  
\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Domicilio para correspondencia (si es diferente al domicilio permanente. Se permite un apartado postal):

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico (opcional): \_\_\_\_\_

Número de teléfono celular (opcional): \_\_\_\_\_

Al proporcionar su número de teléfono o correo electrónico usted acepta permitirle a Alameda Alliance Wellness que se ponga en contacto y se comunique con usted por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico. Puede cambiar este consentimiento en cualquier momento comunicándose a Servicios al Miembro de Alameda Alliance Wellness.

Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted se inscribe automáticamente en la entrega electrónica para algunos de los comunicados de su plan. Le enviaremos un correo electrónico cuando haya nuevos comunicados (como la Explicación de Beneficios o el Aviso Anual de Cambios) disponibles en línea.

**Su información de Medicare:**

**Número de Medicare:** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Responda estas preguntas importantes:**

¿Usted tendrá alguna otra cobertura de medicamentos recetados (como beneficios para veteranos [Veterans Affairs, VA], TRICARE) además de Alameda Alliance Wellness? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_

Número de miembro de esta cobertura: \_\_\_\_\_

Número de grupo de esta cobertura: \_\_\_\_\_

¿Está inscrito(a) en el programa de Medicaid (Medi-Cal) de su estado? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es **Sí**, por favor, brinde su número de Medicaid (Medi-Cal): \_\_\_\_\_

## IMPORTANTE

### Lea y firme la información a continuación:

- Debo conservar la cobertura hospitalaria (Parte A) y médica (Parte B) para permanecer en Alameda Alliance Wellness.
- Al inscribirme en este Plan de Medicare Advantage, reconozco que Alameda Alliance Wellness compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para darle seguimiento a mi inscripción, para hacer pagos y para otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la recolección de esta información (consulte la Ley de Declaración de Privacidad a continuación). Sus respuestas a este formulario son voluntarias. Sin embargo, el no responder puede afectar su inscripción en el plan.
- Entiendo que puedo inscribirme únicamente en un plan de Medicare Advantage (MA) o de la Parte D a la vez, y que la inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan de MA o de la Parte D (se aplican excepciones para los planes Privados de Honorarios por Servicio [Private Fee-for-Service, PFFS] de MA, planes de Cuenta de Ahorros Médicos [Medical Savings Account, MSA] de MA).
- Entiendo que, cuando empiece mi cobertura de Alameda Alliance Wellness, deberé obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Alameda Alliance Wellness. Estarán cubiertos los beneficios y servicios autorizados por Alameda Alliance Wellness y contenidos en mi documento de "Evidencia de Cobertura" de Alameda Alliance Wellness (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni Alameda Alliance Wellness pagarán por los beneficios o servicios que no están cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción, hasta donde yo sé, es correcta. Comprendo que, si brindo información falsa de manera intencional en este formulario, mi inscripción al plan será cancelada.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada por la ley para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que leí y comprendo el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
  1. La persona cuenta con la autorización, de conformidad con las leyes estatales, para completar esta inscripción, y
  2. La documentación de esta autorización está disponible a solicitud de Medicare.

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

**Usted decide si desea responder estas preguntas. No se le puede denegar la cobertura por no haberlas completado.**

Seleccione (1) si desea que le enviemos información en un idioma diferente al inglés.

☐ Español ☐ Chino ☐ Vietnamita ☐ Tagalo ☐ Farsi

Seleccione (1) si desea que le enviemos información en un formato accesible.

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Comuníquese con el Departamento de Servicios al Miembro de Alameda Alliance Wellness al

**1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)** si necesita información en un formato accesible que no se haya mencionado arriba. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo (los siete [7] días de la semana), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1.800.735.2929**.

¿Usted trabaja? ☐ Sí ☐ No

¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

Indique cuál es su proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP), clínica o centro de salud:

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

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

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con la persona inscrita: \_\_\_\_\_

**En el caso de las personas que le están ayudando a la persona inscrita a completar este formulario únicamente:**

Complete esta sección si usted es una persona (es decir, agente, intermediario, asesor del Programa de Asistencia sobre Seguros Médicos del Estado [State Health Insurance Assistance Program, SHIP], familiar u otro tercero) que le ayuda a la persona inscrita a completar este formulario.

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación con la persona inscrita: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Número de productor nacional (únicamente agentes/corredores): \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta relacionada con el estatus de su inscripción, comuníquese con el Departamento de Servicios al Miembro de Alameda Alliance Wellness **1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)**, de lunes a domingo (los siete (7) días de la semana), 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1.800.735.2929**.

Alameda Alliance Wellness es un plan HMO D-SNP con contrato con Medicare y un contrato con el Programa de Medicaid del Estado de California (Medi-Cal). La inscripción en Alameda Alliance Wellness depende de la renovación del contrato.

**DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para dar seguimiento a la inscripción del beneficiario en los Planes de Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y el Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Sección 422.50 y 422.60 autorizan la recolección de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (MARx)", Núm. de sistema 09-70-0588. Sus respuestas a este formulario son voluntarias. Sin embargo, el no responder puede afectar su inscripción en el plan.

**Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP)**  
**Anexo 1a: Certificado de Elegibilidad para la Inscripción**

---

**Por lo general, solo puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el periodo de inscripción anual (annual enrollment period, AEP) del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.** Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este periodo.

Lea atentamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla correspondiente si la afirmación se aplica a usted. Si se aplica más de una, marque la primera que se ajuste a su situación.

Al marcar una casilla, usted certifica que, a su leal saber y entender, cumple con los requisitos para inscribirse ahora. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- ☐ Soy nuevo(a) en Medicare.
- ☐ Ya tengo cobertura hospitalaria (Parte A) y recientemente me inscribí en la cobertura médica (Parte B). Quiero unirme a un plan Medicare Advantage por primera vez.
- ☐ Tenía Medicare antes, pero ahora voy a cumplir 65 años.
- ☐ Ya estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero realizar un cambio durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (del 1.º de enero al 31 de marzo), o tengo Medicare desde hace menos de tres meses y quiero realizar un cambio entre el 1.º de abril y el 31 de diciembre.
- ☐ Voy a realizar mi elección anual (Annual Election, AEP) entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.
- ☐ Tengo Medicare y Medicaid, y me voy a inscribir en un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad totalmente integrado (fully integrated dual eligible, FIDE), un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad altamente integrado (highly integrated dual eligible special needs plan, HIDE SNP) o un plan integrado aplicable (applicable integrated plan, AIP), como el plan Alameda Alliance Wellness D-SNP.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted o no está seguro(a), comuníquese con Alameda Alliance Wellness al **1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)** (los usuarios de TTY deben llamar al **1.800.735.2929**) para ver si es elegible para inscribirse. Abrimos los siete (7) días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

---

Alameda Alliance Wellness es un plan HMO D-SNP con contrato con Medicare y un contrato con el Programa de Medicaid del Estado de California (Medi-Cal). La inscripción en Alameda Alliance Wellness depende de la renovación del contrato.