

Formulario de solicitud de inscripción individual 2027

¿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 Medicare Advantage, también debe tener las dos partes siguientes:

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario);
- 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:

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario);
- 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);
- su domicilio permanente y número de teléfono.

Tenga en cuenta lo siguiente: debe completar todos los puntos de la **Sección 1**. Los puntos de la **Sección 2** son *opcionales*; no se le denegará la cobertura por no completarla.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse a un plan durante el periodo de inscripción anual (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 Ferrovianos).
- 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 pasa después?

Envíe su formulario completado y firmado a:

Alameda Alliance for Health
Attn: Alameda Alliance Wellness
Medicare Operations – Sales
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

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

De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recolección de información a menos que esta tenga un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, 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 ningún documento con su información personal (como reclamos, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA). Cualquier documento que obtengamos que no tenga que ver con cómo mejorar este formulario o su carga de recolección (descrita en el número 0938-1378 de la OMB) se destruirá. No se conservará, revisará ni reenviará al plan. Consulte la sección “¿Qué pasa después?” en esta página para enviar su formulario completado al plan. El n.º 0938-1378 de la OMB vence el: 28 de febrero de 2029

¿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.

De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recolección de información a menos que esta tenga un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, 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 ningún documento con su información personal (como reclamos, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA). Cualquier documento que obtengamos que no tenga que ver con cómo mejorar este formulario o su carga de recolección (descrita en el número 0938-1378 de la OMB) se destruirá. No se conservará, revisará ni reenviará al plan. Consulte la sección “¿Qué pasa después?” en esta página para enviar su formulario completado al plan. El n.º 0938-1378 de la OMB vence el: 28 de febrero de 2029

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.

Proporcionar su dirección de correo electrónico lo inscribe automáticamente en la entrega electrónica de algunas de las comunicaciones de su plan. Le enviaremos un correo electrónico cuando haya nuevas comunicaciones (por ejemplo: la Explicación de Beneficios o el Aviso Anual de Cambio) estén disponibles en línea.

Su información de Medicare:

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como Asuntos de 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**, proporcione 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 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 autoricen la recolección de esta información (consulte la declaración sobre la Ley de Privacidad más adelante). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar su inscripción en el plan.
- Entiendo que puedo inscribirme únicamente en un plan 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 y los 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 una (1) si desea que le enviemos información en un idioma diferente al inglés.

☐ Español ☐ Chino ☐ Vietnamita ☐ Tagalo ☐ Parsi

Seleccione una (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 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 llenar este formulario.

Nombre completo: _____ Relación con la persona inscrita: _____

Firma: _____

Número de productor nacional (únicamente agentes o corredores): _____

Si tiene alguna pregunta relacionada con el estatus de su inscripción, comuníquese con el Departamento de Servicios al Miembro de Alameda Alliance Wellness al **1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)**, 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**.

Alameda Alliance Wellness es un plan HMO D-SNP con un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Medi-Cal (Medicaid) del estado de California. 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 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), secciones 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 (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", núm. de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar su inscripción en el plan.