



Plan Individual

Kaiser Permanente Senior Advantage (HMO) o
Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal Plan (HMO D-SNP)

Formulario de inscripción

Plan Individual de la Región del Norte de California o del Sur de California

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran inscribirse en un Plan de Medicare Advantage

Para inscribirse en el plan debe:

- Ser ciudadano o residente legal de los Estados Unidos
- Vivir en el área de servicio del plan

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

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

¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que comienza el 1 de enero)
- A los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que tiene permitido inscribirse en un plan o cambiar de plan

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

¿Qué necesito para llenar 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 llenar todos los campos de la Sección 1. Los campos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura por no llenarlos.

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 lleno antes del 7 de diciembre.
- Le enviaremos una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).



¿Ha pensado en mejor inscribirse en kp.org/enrollonline? Es una forma rápida, segura y fácil de presentar su solicitud.

Siguientes pasos

Envíe el formulario lleno y firmado a:

Kaiser Permanente – Medicare Unit
P.O. Box 232400
San Diego, CA 92193-2400

- Revisaremos su formulario para asegurarnos de que esté completo.
- Informaremos a Medicare que usted solicitó inscribirse a Senior Advantage.
- En un plazo de 10 días calendario después de que Medicare confirme su elegibilidad, le informaremos cuándo inicia su cobertura. Luego, le enviaremos una tarjeta de identificación de Kaiser Permanente e información para los miembros nuevos.
- Puede revisar el progreso de su solicitud en línea en kp.org/medicare/applicationstatus (no se aplica a HMO D-SNP).

¿Cómo obtengo ayuda para llenar este formulario?

Llame a Kaiser Permanente al **1-800-443-0815**. 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 Kaiser Permanente al **1-800-443-0815/TTY 711** o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

De acuerdo con la Ley sobre Reducción de Trámites de 1995, no se le puede exigir a ninguna persona que responda a una solicitud de información a menos que esta tenga un número de control de la OMB válido. El número de control de la OMB válido para esta solicitud de información es 0938-NEW. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar esta información es de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, completar y revisar la información recopilada. Si tiene algún comentario con respecto a la exactitud de estos plazos o alguna sugerencia 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 elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, historias clínicas, etc.) a la Oficina de Aprobación de Informes de PRA. Cualquier elemento que recibamos que no esté relacionado con el mejoramiento de este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) será destruido. No se guardará, revisará ni enviará al plan. Consulte "Siguiendo pasos" en esta página para enviar su formulario completado al plan.

Nombre

Número de Historia Clínica de Kaiser Permanente (para miembros actuales o anteriores)

Comuníquese con Kaiser Permanente si necesita información en otro idioma o en algún formato accesible (Braille).

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

Marque el plan en el que desea inscribirse:

Las áreas de servicio de algunos planes no incluyen a todo el condado. Consulte el Resumen de Beneficios para saber más sobre las áreas de servicio de los planes.

SUR DE CALIFORNIA:

- Senior Advantage Medicare Medi-Cal Plan **South** (HMO D-SNP) - \$30.50 al mes
Special Needs Plan (SNP) - Para las personas que tienen derecho a los beneficios de Medicare y de **Medicaid del estado**
- Senior Advantage Inland Empire (HMO) - \$0 al mes
- Senior Advantage Kern County - **Basic** (HMO) - \$0 al mes
- Senior Advantage Kern County - **Enhanced** (HMO) - \$29 al mes
- Senior Advantage Los Angeles and Orange Counties (HMO) - \$0 al mes
- Senior Advantage San Diego County (HMO) - \$0 al mes
- Senior Advantage Ventura County (HMO) - \$0 al mes

NORTE DE CALIFORNIA:

- Senior Advantage Medicare Medi-Cal Plan **North** (HMO D-SNP) - \$30.50 al mes
Special Needs Plan (SNP) - Para las personas que tienen derecho a los beneficios de Medicare y de **Medicaid del estado**
- Senior Advantage Alameda County - **Basic** (HMO) - \$24 al mes
- Senior Advantage Alameda, Napa, and SF Counties (HMO) - \$84 al mes
- Senior Advantage Contra Costa County - **Basic** (HMO) - \$24 al mes
- Senior Advantage Contra Costa County - **Enhanced** (HMO) - \$84 al mes
- Senior Advantage Greater Fresno Area - **Basic** (HMO) - \$15 al mes
- Senior Advantage Greater Fresno Area - **Enhanced** (HMO) - \$75 al mes
- Senior Advantage Greater Sac & Sonoma County - **Basic** (HMO) - \$15 al mes
- Senior Advantage Greater Sac & Sonoma County - **Enhanced** (HMO) - \$75 al mes
- Senior Advantage Marin and San Mateo Counties (HMO) - \$89 al mes
- Senior Advantage San Francisco County - **Basic** (HMO) - \$24 al mes
- Senior Advantage San Joaquin County - **Basic** (HMO) - \$15 al mes
- Senior Advantage San Joaquin County - **Enhanced** (HMO) - \$75 al mes
- Senior Advantage Santa Clara County - **Basic** (HMO) - \$15 al mes
- Senior Advantage Santa Clara County - **Enhanced** (HMO) - \$75 al mes
- Senior Advantage Santa Cruz County (HMO) - \$79 al mes
- Senior Advantage Solano County (HMO) - \$89 al mes
- Senior Advantage Stanislaus County - **Basic** (HMO) - \$15 al mes
- Senior Advantage Stanislaus County - **Enhanced** (HMO) - \$75 al mes



Nombre

Advantage Plus (paquete de beneficios suplementarios opcionales):

¿También le gustaría agregar Advantage Plus a su plan Kaiser Permanente Senior Advantage? El paquete Advantage Plus es opcional. Por \$16 adicionales al mes, puede agregar más beneficios (cobertura dental, de la audición y adicional para la vista). La prima mensual de Advantage Plus se agregará a su prima mensual de Kaiser Permanente Senior Advantage. Nota: Esta opción no está disponible en los planes Senior Advantage Medicare Medi-Cal (HMO D-SNP).

Sí No

APELLIDO:

Sexo:

Hombre Mujer

NOMBRE:

Inicial del Segundo Nombre:

Fecha de Nacimiento: (mm/dd/aaaa)

 / /

Número de Teléfono de su Casa:

 - -

Número de Teléfono Celular:

 - -

Dirección de la Residencia Permanente (no se permiten los Apartados Postales):

Ciudad:

Condado:

Estado:

Código Postal:

Dirección Postal, solo si es diferente a su dirección permanente (se permiten los Apartados Postales)

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Dirección de Correo Electrónico:

Su información de Medicare:

Número de Medicare:

Nombre

Responda estas preguntas importantes:

1. ¿Tendrá usted cobertura adicional para medicamentos de venta con receta (como VA, TRICARE) aparte de la de Kaiser Permanente?

Sí No

Si contestó "sí", anote su cobertura adicional y sus números de identificación (ID) para dicha cobertura:

Nombre de otra cobertura:

N.º de identificación de esta cobertura:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

N.º de grupo para esta cobertura:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

2. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su Estado? Sí No

Si contestó "sí", proporcione su número de Medicaid:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------



Lea Esta Información Importante

Si tiene actualmente cobertura médica por parte de su empleador o sindicato, afiliarse al plan Kaiser Permanente podría afectar los beneficios que tiene por parte de su empleador o sindicato. Si se afilia al plan Kaiser Permanente Senior Advantage, podría perder la cobertura médica que tiene por parte de su empleador o sindicato. Lea las cartas que le envíe su empleador o su sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que se indica en sus cartas. Si no aparece ningún contacto, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura podría ayudarle.

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener el Seguro Hospitalario (Parte A) y el Seguro Médico (Parte B) para seguir en Kaiser Permanente Senior Advantage.
- Al afiliarme a este Plan de Medicamentos de Venta con Receta de Medicare Advantage, reconozco que Kaiser Permanente compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, para hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan 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 podría afectar su inscripción al plan.
- La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa en este formulario intencionalmente, se cancelará mi afiliación en el plan.
- Entiendo que las personas que tienen Medicare generalmente no tienen la cobertura de Medicare cuando están fuera del país, a excepción de una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- Entiendo que cuando empiece mi cobertura de Kaiser Permanente Senior Advantage, debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos de venta con receta de Kaiser Permanente. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por Kaiser Permanente y que se incluyan en el documento "Evidencia de Cobertura" (conocido también como un contrato de membresía o un acuerdo de suscripción) de Kaiser Permanente Senior Advantage. Ni Medicare ni Kaiser Permanente pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.

Nombre

- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de la misma. Si un representante autorizado (como se describe anteriormente) firma, esta firma certifica que:
 1. Esta persona está autorizada conforme a las leyes Estatales para completar esta inscripción y
 2. Los documentos de esta autorización están a disposición de Medicare si los solicita.

Condiciones de inscripción para beneficios suplementarios opcionales de Advantage Plus

Si marcó "Sí" para agregar el paquete de beneficios suplementarios opcionales Advantage Plus en la página 2, lea la siguiente información.

Al completar esta solicitud de inscripción:

- Estoy de acuerdo en agregar el paquete de beneficios suplementarios opcionales de Advantage Plus que me ofrece (cobertura dental, de la audición y adicional para la vista) por \$16 mensuales. Este monto se suma a mis primas de Medicare y de Kaiser Permanente Senior Advantage.
- Entiendo que el paquete de beneficios suplementarios opcionales agrega más beneficios a mi cobertura de Kaiser Permanente Senior Advantage y que puedo encontrar los términos y condiciones en la **Evidencia de Cobertura** de Kaiser Permanente Senior Advantage.
- Entiendo que el paquete de beneficios suplementarios opcionales Advantage Plus solo se ofrece a los miembros inscritos en un Plan Individual Kaiser Permanente Senior Advantage.
- Entiendo que debo recibir atención con cobertura de proveedores de la red, excepto para los servicios de emergencia o de urgencia.
- Entiendo que puedo cancelar mi cobertura del paquete de beneficios suplementarios opcionales de Advantage Plus en cualquier momento. Si cancelo mi inscripción, no cumpliré los requisitos para inscribirme sino hasta el siguiente periodo anual de elección del paquete de beneficios suplementarios opcionales de Advantage Plus para la cobertura que entra en vigor el 1 de enero o hasta que tenga otro Periodo de Inscripción Especial.

Firma:

Fecha de Hoy: / /

Si usted es el representante autorizado, debe firmar en la línea anterior y proporcionar la siguiente información:

Nombre:

Dirección:

Número de Teléfono: - -

Relación con la Persona Inscrita:

Nombre

Sección 2: Todos los campos de esta sección son opcionales

Responder estas preguntas es su decisión. No se le puede negar la cobertura si no las responde.

Marque una de las casillas si preferiría que le enviáramos la información en un idioma que no sea inglés.

Español Chino

Marque una de las casillas si preferiría que le enviáramos la información en un formato accesible.

Letra Grande Braille CD de Audio

Llame a Kaiser Permanente al **1-800-443-0815** si necesita información en un formato accesible diferente al que se mencionó anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

Pago de Su Prima

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier penalización por inscripción tardía que deba actualmente o que pudiera deber) por correo, teléfono o en línea cada mes. **También puede optar por pagar su prima por medio de una deducción automática mensual de sus beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).**

Si tiene que pagar un Monto de Ajuste Mensual de la Parte D debido a los Ingresos (IRMAA de la Parte D), tendrá que pagar este monto adicional más la prima de su plan. El monto generalmente se deduce de su beneficio del Seguro Social, o bien, Medicare (o la RRB) le facturará. NO pague a Kaiser Permanente el IRMAA de la Parte D.

Seleccione una opción de pago de la prima: Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

Factura

Después de que reciba su primera factura, podrá elegir una opción de pago diferente.

- Puede deducir su pago mensual automáticamente de su cuenta bancaria. Llámenos al **1-888-236-4490 (TTY 711)** para solicitar un Formulario de Selección de Pago Automático de Medicare o si tiene alguna pregunta.
- Para pagar con tarjeta de crédito o débito, visite **kp.org/payonline** o llámenos al **1-888-236-4490 (TTY 711)**. Necesitará la información de su cuenta que aparece en su factura para realizar un pago.

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).

Obtengo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

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 de los beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o en los Planes de Medicamentos de Venta con Receta (PDP), para 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 las secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Título 42 de los CFR autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar los datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicamentos de Venta con Receta de Medicare Advantage (MARx)", Sistema N.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder podría afectar su inscripción al plan.

Office Use Only (Para uso exclusivo de la oficina):

Name of staff member/agent/broker (if assisted in enrollment):

Plan ID #: Effective Date of Coverage: / /

ICEP/IEP: AEP: SEP (type): Not Eligible:

Nombre

Certificación de Elegibilidad para un Periodo de Inscripción

Por lo general, usted se puede inscribir en un plan de Medicare Advantage solo durante el periodo anual de inscripción del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este periodo.

Lea las declaraciones siguientes cuidadosamente y marque la casilla si la declaración se aplica en su caso. Al marcar cualquiera de las casillas siguientes, está certificando que, según su leal saber y entender, usted reúne los requisitos para un Periodo de Inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se le cancele su inscripción.

- Soy miembro nuevo de Medicare.
- Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Me mudé recientemente del área de servicio de mi plan actual o recién me mudé y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (anotar la fecha) / / .
- Recientemente salí de la cárcel. Fui liberado el (anotar la fecha) / / .
- Recientemente volví a los Estados Unidos después de vivir fuera del país de forma permanente. Regresé a los Estados Unidos el (anotar la fecha) / / .
- Recientemente obtuve mi condición de residente legal de los Estados Unidos. Obtuve la residencia legal el (anotar la fecha) / / .
- Recientemente se hizo un cambio en mi Medicaid (recién obtuve Medicaid, hice un cambio en el nivel de ayuda de Medicaid o perdí Medicaid) el (anotar la fecha) / / .
- Recientemente se hizo un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare (recién obtuve Ayuda Adicional, hice un cambio en el nivel de la Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (anotar la fecha) / / .
- Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Voy a vivir en, vivo en o recientemente me fui de un Centro de Cuidados a Largo Plazo (por ejemplo, un hogar para ancianos o un centro de cuidados de largo plazo). Me mudé/me mudaré a/del centro el (anotar la fecha) / / .
- Recién abandoné un programa PACE el (anotar la fecha) / / .
- Recién perdí involuntariamente mi cobertura acreditada de medicamentos de venta con receta (equivalente a la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (anotar la fecha) / / .
- Abandonaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (anotar la fecha) / / .

Nombre

- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica de mi estado.
- Mi plan terminará su contrato con Medicare o Medicare terminará su contrato con mi plan.
- Estuve inscrito en un plan de Medicare (o mi estado) y deseo elegir otro plan. Mi inscripción en ese plan inició el (anotar la fecha) / / .
- Estuve inscrito en un Special Needs Plan (SNP), pero ya no reúno los requisitos de necesidades especiales para estar en ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (anotar la fecha) / / .
- Me afectó una emergencia o un gran desastre según lo declarado por una entidad del gobierno federal, estatal o local. Una de las declaraciones anteriores aplica en mi caso, pero no pude inscribirme debido a un desastre natural.
- Estoy en un plan que fue asumido recientemente por el estado debido a problemas financieros. Quiero cambiar de plan.
- Estoy en un plan que ha tenido una calificación menor de 3 estrellas durante los últimos 3 años. Quiero inscribirme en un plan con una calificación de 3 o más estrellas.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica en su caso o si no lo sabe con certeza, llame a Kaiser Permanente al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para averiguar si usted reúne los requisitos para inscribirse. Atendemos los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

