

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA IN- SCRIBIRSE EN UN PLAN ADVANTAGE DE MEDICARE (PARTE C)

### ¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que quieran unirse a un plan de Medicare Advantage

Para unirse a un plan, debe:

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

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

- Medicare Parte A (Seguro de Hospital).
- 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 cobertura a partir del 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 inscribirse 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 elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura porque no los completa solicitud de inscripción.

### Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo 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 Jubilación Ferrocarril).

### ¿Qué pasa después?

Envíe su formulario completo y firmado a:  
Brand New Day  
PO Box 93122  
Long Beach, CA 90809  
Atención: Departamento de Inscripción

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

### ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Brand New Day al 1-866-255-4795, . Los usuarios de TTY pueden llamar 711. O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar 1-877-486-2048.

### Personas sin hogar

- Si quieres unirte a un plan pero no tienes residencia permanente, un apartado de correos, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección en la que recibe el correo (por ejemplo, los cheques de la seguridad social) puede considerarse su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites 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 de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluida la tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario acerca de la precisión de la(s) estimación(es) de tiempo 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 elemento con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Cualquier artículo que obtengamos que no tratan sobre cómo mejorar este formulario o su carga de cobro (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se guardará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

**Sección 1-todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)**

- Brand New Day Dual Access Plan (HMO D-SNP) DUAL 24** (AL/CC/FR/IM/KE/KI/LA/MA/OC/PL/RS/SA/SB/SF/SJ/SO/ST/TU/YO) \$38.90 per month
- Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 39-1** (LA/OC/RS/SB/SD) \$0 per month
- Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 39-2** (AL/FR/IM/KE/KI/MA/PL/SA/SF/SJ/SM/SC/ST/TU/YO) \$0 per month
- Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 40-1** (LA/OC/RS/SB/SD) \$38.90 per month
- Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 40-2** (AL/CC/FR/IM/KE/KI/MA/PL/SA/SF/SJ/SM/SC/SO/ST/TU/YO) \$38.90 per month
- Brand New Day Classic Care III Plan (HMO) 46** (CC/SO) \$55.00 per month
- Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 47** (CC/SO) \$55.00 per month
- Brand New Day Valor Care Plan (HMO) 48** (FR/IM/KE/KI/LA/MA/OC/RS/SA/SB/SD/SF/SJ/SM/SC/TU) \$0 per month
- Brand New Day Part B Savings Plan (HMO) 49** (LA/OC/RS/SB/SD) \$0 per month
- Brand New Day Classic Care I Plan (HMO) 50-1** (KE/LA/OC/RS/SB/SD) \$0 per month
- Brand New Day Classic Care I Plan (HMO) 50-2** (AL/FR/IM/KI/MA/PL/SA/SF/SJ/SM/SC/ST/TU/YO) \$38.90 per month
- Brand New Day Classic Care II Plan (HMO) 51-1** (AL/FR/IM/KI/MA/PL/SA/SF/SJ/SM/SC/ST/TU/YO) \$0 per month
- Brand New Day Classic Care II Plan (HMO) 51-2** (KE/LA/OC/RS/SB/SD) \$36.70 per month

|           |         |          |
|-----------|---------|----------|
| Apellido: | Nombre: | Inicial: |
|-----------|---------|----------|

|                                                    |                                                                            |                                                       |                                                   |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Fecha de Nacimiento:<br>(MM DD AAAA)<br>__/__/____ | Sexo:<br><input type="checkbox"/> Hombre<br><input type="checkbox"/> Mujer | Número de Teléfono de su Hogar:<br>(____) ____ - ____ | Número de teléfono celular:<br>(____) ____ - ____ |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

**Domicilio de su Residencia Permanente: (caja postal no es permitida)**

|         |          |         |                |
|---------|----------|---------|----------------|
| Ciudad: | Condado: | Estado: | Código Postal: |
|---------|----------|---------|----------------|

**Dirección postal, si es diferente a su dirección permanente (se permite caja postal):**

|            |         |         |                |
|------------|---------|---------|----------------|
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
|------------|---------|---------|----------------|

**Su información de Medicare:**

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

Parte A Fecha de vigencia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Parte B Fecha de vigencia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Responde estas preguntas importantes**

¿Va usted a tener otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Brand New Day?  Sí  No

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_ # de ID de la cobertura: \_\_\_\_\_ # de grupo de la cobertura: \_\_\_\_\_

¿Está usted inscrito en el programa de Medicaid (Medi-Cal) de su Estado?  Sí  No

Si responde "Sí", favor de proporcionar su número de Medi-Cal:

Número de identificación de Medicaid: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de Medicaid: \_\_\_\_\_

Para calificar para Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP) o Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP), debe tener una o más de las siguientes afecciones crónicas.

¿Ha sido diagnosticado con uno de los siguientes? Por favor marque todos los que apliquen.

Diabetes  Insuficiencia cardíaca congestiva  Trastornos cardiovasculares

Complete también la Herramienta de evaluación de calificaciones previa a la inscripción (PQAT) que se incluye con este formulario antes de enviar su solicitud. El PQAT debe enviarse con su formulario de inscripción.

**IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:**

- Debo conservar tanto el Hospital (Parte A) como el Médico (Parte B) para permanecer en Brand New Day.
- Al unirme a este Plan Medicare Advantage, reconozco que Brand New Day compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información ( consulte 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 en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Brand New Day, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Brand New Day. Los beneficios y servicios proporcionados por Brand New Day y contenidos en mi documento de "Evidencia de Cobertura" de Brand New Day (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Brand New Day pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- 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 entiendo el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Medicare.

**Firma:**

**Fecha:**

**Si usted es el representante autorizado, tiene que firmar arriba y proporcionar la información siguiente:**

Nombre:

Domicilio:

Numero de Teléfono:

Relación con la persona inscrita:

**Sección 2 - Todos los campos son opcionales****Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no los completa.**

¿Es usted hispano, latino o de origen español? Seleccione todo lo que corresponda.

- No, no es de origen hispano, latino o español       Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano/a  
 Sí, puertorriqueño       Sí, cubano  
 Sí, otro origen hispano, latino o español       **Decido no contestar.**

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las que correspondan.

- Indio americano o nativo de Alaska       Negro o afroamericano  
 Asiático:      Nativo de Hawái y de las islas del Pacífico:  
 Indio asiático       Guameño o chamorro  
 Chino       Nativo de Hawai  
 Filipino       Samoano  
 Japonés       Otros isleños del Pacífico  
 Coreano       Blanco  
 Vietnamita       **Decido no contestar.**  
 Otro asiático

¿Cuál es su idioma preferido? \_\_\_\_\_

- Inglés     Chino     Vietnamita     Coreano

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

- Braille     Letra grande     CD de audio

Favor de comunicarse con Brand New Day al 1-866-255-4795 si necesita información en otro formato o idioma aparte de los indicados arriba. Nuestras horas de oficina son los 7 días a la semana, 8:00 AM - 8:00 PM (Usuarios de TTY deben llamar al 711)

¿Usted trabaja?  Sí     No¿Trabaja su esposo/a?  Sí     No**Por favor elija el nombre de un Medico de Asistencia Primaria y Grupo Medico:**

Nombre del Medico:

Nombre de Grupo Medico:

Número de Identificación del Medico#:  Paciente existente**Por favor elija el nombre de un Proveedor de Delta Care USA:**

Nombre del Dentista o Nombre de la Clínica Dental:

Número de Identificación de la Clínica:

Ciudad:

**Pagando su Prima del Plan**

Puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que deba) por correo todos los meses. **También puede optar por pagar su prima al retirarla automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de su Pensión de Retiro Ferrocarril (RRB) cada mes.**

**Si tiene que pagar una Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan.** Por lo general, el monto se deduce de su beneficio del Seguro Social o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO le pague a Brand New Day la Parte D-IRMAA.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una cuenta cada mes.

Favor de seleccionar un método para pagar su prima:

- Prefiero recibir una cuenta mensual
- Deducción automática de su cheque del Seguro Social o su Pensión de Retiro de Ferrocarril (RRB) cada mes.
- 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 realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes de 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 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

**Atestiguación de Elegibilidad para el Periodo de Inscripción**

Normalmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el periodo de inscripción anual entre octubre 15 y diciembre 7 cada año. Hay excepciones que tal vez lo dejen inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este periodo.

Favor de leer las declaraciones siguientes cuidadosamente y marque la caja si la declaración aplica a usted. Al marcar alguna de las siguientes cajas usted está certificando que, como usted lo recuerda, usted es elegible para un Periodo de Inscripción. Si determinamos después que esta información es incorrecta, tal vez terminen su membresía.

- Soy nuevo a Medicare.
- Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Recientemente me cambie fuera de la área de servicio de mi plan actual o recientemente me cambie y este plan es una opción nueva para mi. Me cambie en (Insertar fecha) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- Recientemente he sido liberado del encarcelamiento. Yo fui liberado en (Insertar fecha) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- Recientemente regrese a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos. Regrese a los Estados Unidos en (Insertar fecha) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- Recientemente he obtenido el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Tengo este estatus desde (Insertar fecha) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente recibí Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia, o perdí Medicaid) en (Insertar fecha) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente recibí Ayuda adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí Ayuda adicional) en (Insertar fecha) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- Me estoy mudando a, vivo en, o recientemente me mude fuera de un Establecimiento de Cuidado a Largo Plazo (por ejemplo, un hogar para personas mayores o un establecimiento de cuidado a largo plazo.) Me mude/me mudare a/fuera del establecimiento en (Insertar fecha) Desde \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- Recientemente deje un programa de PACE en (Insertar fecha) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- Recientemente perdí mi cobertura de medicamentos recetados (cobertura digna a la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos en (Insertar fecha) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- Estoy dejando la cobertura de mi empleador o unión en (Insertar fecha) Desde \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proveído por mi estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Fui inscrito en un plan por Medicare (o mi estado) y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó en (Insertar fecha) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- Yo estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP), pero he perdido la calificación de las necesidades especiales para estar en el plan. Yo he estado dado de baja del SNP en (Insertar fecha) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.
- Tengo un diagnóstico que me califica para un Plan de Necesidades Especiales (C-SNP o D-SNP).

**Atestiguación de Elegibilidad para el Periodo de Inscripción**

- Fui afectado por una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones aquí se aplica a mí, pero no pude inscribirme solicitud debido al desastre. Periodo electoral perdido debido a un incidente relacionado con FEMA: \_\_\_\_\_

Si ninguna de estas declaraciones aplican a usted o usted no está seguro, favor de ponerse en contacto con Brand New Day al 1-866-255-4795 (Usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si usted es elegible para inscribirse. Estamos abiertos los 7 días a la semana 8:00 AM - 8:00 PM.

**Preferencias de comunicación**

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

Al proporcionarnos su correo electrónico, usted está dando su consentimiento para que el plan envíe correos electrónicos personalizados directamente relacionados con su atención médica o plan de salud.\*

\*Puede optar por no participar en cualquier momento.

**Optar por materiales electrónicos:** Envíenme los materiales de mi plan de salud en formato electrónico:

- Evidencia de cobertura       Formulario  
 Directorio de proveedores       Otros materiales requeridos

**¿Cuál es el número de teléfono celular en el que desea recibir mensajes de texto? (Opcional)**

(\_\_ \_\_) \_\_\_-\_\_\_\_

Al proporcionarnos su número de teléfono celular, usted está dando su consentimiento para que el plan envíe mensajes personalizados directamente relacionados con su atención médica o plan de salud. Esto puede incluir información sobre beneficios e información sobre salud y bienestar.\*

\*Puede optar por no participar en cualquier momento. Las tarifas de mensajes y datos pueden aplicarse a SMS.

**Agent / Broker Information:**

Please Read and Sign Below:

- I am licensed and certified by Brand New Day to market and sell the plan
- I have provided a complete and accurate explanation to the beneficiary of the plan's eligibility requirements, benefits, and restrictions, with particular emphasis on the beneficiary's needs
- I have reviewed the application in its entirety to ensure that all fields are complete and accurate to my knowledge

**Name of Agent / Broker (if assisted in enrollment):** \_\_\_\_\_

FMO (if applicable): \_\_\_\_\_

**Agent / Broker Signature (if assisted in enrollment):** \_\_\_\_\_

CA Insurance License No: \_\_\_\_\_ National Producer Number (NPN): \_\_\_\_\_

**Application Received Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Proposed Effective Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Please note: Completed applications must be faxed to Enrollment Department at 1-657-400-1207 within 24 hours of receipt by the broker.**

**Brand New Day Office Use Only**

Member ID: \_\_\_\_\_ Effective Date of Coverage: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Received date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entered Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Initials of Verification: \_\_\_\_\_

Groups and Part D Premium: \_\_\_\_\_

ICEP/IEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ OEP: \_\_\_\_\_ SEP: \_\_\_\_\_ LIS: \_\_\_\_\_ NOT ELIGIBLE: \_\_\_\_\_