

---

## HORIZON BLUE CROSS BLUE SHIELD OF NEW JERSEY FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA HORIZON NJ TOTALCARE (HMO D-SNP)

---

### ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que desean inscribirse en el plan Medicare Advantage.

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

- Ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan.

**Importante:** Para inscribirse en el plan Medicare Advantage, también debe contar con lo siguiente:

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

### ¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que inicia el 1 de enero).
- En el plazo de 3 meses de obtener Medicare por primera vez.
- En determinadas situaciones donde tiene permitido inscribirse en los planes o cambiar de ellos.

Visite [Medicare.gov](http://Medicare.gov) para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse en un plan.

### ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número en la tarjeta de Medicare roja, blanca y azul)
- Su domicilio permanente y número de teléfono

**Nota:** Debe completar todos los artículos de la Sección 1. Los artículos de la Sección 2 son opcionales: no se le negará la cobertura por no completarlos.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona tiene obligación de responder a una solicitud de información, a menos que esté identificada con un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta solicitud de información es 0938-NEW. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta información es de 20 minutos por respuesta, en promedio, lo cual incluye el tiempo para leer las instrucciones, buscar en fuentes de información existentes, reunir los datos necesarios, completar la solicitud de información y revisarla. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del cálculo de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, diríjase por escrito 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 otros elementos con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la PRA Reports Clearance Office. Cualquier artículo que recibamos y no se relacione con cómo mejorar este formulario o la carga para la recopilación (descrita en PMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará o enviará al plan. Consulte “¿Qué sucede luego?” en esta página para enviar su formulario completado al plan.

### 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 completado antes del 7 de diciembre.

### ¿Qué sucede luego?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey  
PO Box 10138  
Newark, NJ 07101-9633

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

### ¿Cómo obtengo ayuda para completar este formulario?

Llame a Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey al 1-888-328-4542. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O bien, 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 Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey al 1-888-328-4542 (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.





## Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

**Generalmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solamente durante un período anual de inscripción del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.** Existen algunas excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes declaraciones atentamente y marque la casilla si la declaración se aplica en su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- |   |   |
|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> Soy nuevo en Medicare.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).</p> <p><input type="checkbox"/> Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual, o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (ingresar fecha) _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Hace poco salí de prisión. Salí el (ingresar fecha) _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de este país. Regresé a los Estados Unidos el (ingresar fecha) _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Recientemente obtuve la condición de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve la condición el (ingresar fecha) _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Recientemente atravesé un cambio en mi cobertura de Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, atravesé un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (ingresar fecha) _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Recientemente, atravesé un cambio en la Ayuda Adicional para el pago de la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare (recientemente obtuve Ayuda Adicional, atravesé un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (ingresar fecha) _____.</p> | <p><input type="checkbox"/> Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) u obtengo Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare pero no he realizado un cambio.</p> <p><input type="checkbox"/> Me mudaré a, vivo en o recientemente me mudé de un centro de atención de largo plazo (por ejemplo un geriátrico o centro de atención de largo plazo). Me mudé/mudaré al/del establecimiento el (ingresar fecha) _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Recientemente abandoné un Programa de atención integral para personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) el (ingresar fecha) _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Abandonaré la cobertura del empleador o sindicato el (ingresar fecha) _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.</p> <p><input type="checkbox"/> Mi plan finaliza su contrato con Medicare, o Medicare finaliza su contrato con mi plan.</p> <p><input type="checkbox"/> Estuve inscrito en un plan proporcionado por Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (ingresar fecha) _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Fui afectado por una emergencia o desastre mayor relacionado con el clima (según lo establece la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA]). Una de las declaraciones anteriores se aplica a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna de estas declaraciones se aplica a mi caso.†</p> |
|---|---|

† Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso o si no está seguro, comuníquese con Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey al 1-888-328-4542 a fin de ver si es elegible para la inscripción. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales de elegibilidad doble de Medicare Advantage HMO que tiene contrato con Medicare y con el programa de Medicaid del estado de New Jersey. La inscripción en Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato. Los productos son proporcionados por Horizon NJ Health. Las comunicaciones son emitidas por Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey en calidad de administrador de programas y relaciones con proveedores para todas sus compañías. Ambas son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Los nombres y los símbolos de Blue Cross® y Blue Shield® son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association. El nombre y los símbolos de Horizon® son marcas registradas de Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey. © 2020 Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, Three Penn Plaza East, Newark, New Jersey 07105.

