
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 o cambiar de plan.

Visite [Medicare.gov](https://www.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.

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 completo 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.

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 artículos 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.

Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios

Seleccione el plan en el que desea inscribirse: Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP): \$0 por mes

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)
(__/__/____) Sexo: _____
 Masculino Femenino Número de teléfono: _____

Calle de la residencia permanente (no ingrese un apartado postal): _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal, si es diferente de la dirección de residencia permanente (se permiten apartados postales):

Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Su información de Medicare:

Número de Medicare: _____

Responda estas importantes preguntas:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta médica como (VA, TRICARE) además de Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP)? Sí No

Nombre de la otra cobertura: _____ Número de miembro de esta cobertura: _____ Número de grupo de esta cobertura: _____

¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? Sí No

Si la respuesta es "Sí", proporcione su número de Medicaid: _____

IMPORTANTE: lea y firme a continuación:

- Debo mantener los beneficios hospitalarios (Parte A) y médicos (Parte B) para permanecer en Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP).
- Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage, reconozco que Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP) compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, efectuar pagos y con otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la obtención de esta información (vea la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde esto puede afectar la inscripción en el plan.
- La información que figura en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, mi inscripción en el plan se cancelará.
- Comprendo que las personas que tienen Medicare por lo general no reciben cobertura de Medicare cuando se encuentran fuera del país, a excepción de una cobertura limitada cerca de la frontera estadounidense.
- Comprendo que cuando comience mi cobertura de Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP), debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta médica de Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP). Estarán cubiertos los beneficios y servicios que son proporcionados por Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP) y que están incluidos en mi documento de "Evidencia de Cobertura" de Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP) (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP) pagarán los beneficios o servicios que no están cubiertos.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si lo firma un representante autorizado (como se menciona arriba), esta firma certifica lo siguiente:
 - 1) Esta persona está autorizada en virtud de las leyes estatales para completar esta inscripción, y
 - 2) La documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

Firma: _____ **Fecha de hoy:** _____

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete los siguientes campos:

Nombre: _____ Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Parentesco con el miembro: _____

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Generalmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solamente durante el 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, una residencia con servicios de enfermería o un 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 un desastre mayor o una emergencia, según lo establece la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA) o una entidad gubernamental local, estatal o federal. Una de las declaraciones anteriores se aplica a mi caso, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción debido al desastre.</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 Blue Shield Association.

Los nombres y los símbolos de Blue Cross® y Blue Shield® son marcas registradas de Blue Cross Blue Shield Association. El nombre y los símbolos de Horizon® son marcas registradas de Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey. © 2021 Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, Three Penn Plaza East, Newark, New Jersey 07105.