



DualChoice

OMB No. 0938-1378  
Vencimiento: 30 de junio de 2026

## FORMA DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

### ¿Quién puede usar este formulario?

Los beneficiarios de Medicare que desean inscribirse en un Plan Medicare Advantage.

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

- Ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en Estados Unidos (EE. UU.)
- Vivir en el área de servicio del plan

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

- la Parte A de Medicare (Seguro Hospitalario)
- la Parte B de Medicare (Seguro Médico)
- Medi-Cal (Seguro Médico de Medicaid del Estado de California para individuos de bajos ingresos)

### ¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para que la cobertura comience el 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de obtener Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se permite inscribirse en un plan o cambiar de plan

Visite [es.medicare.gov](https://es.medicare.gov) para informarse más sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

### ¿Qué necesito para llenar esta solicitud?

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

**Nota:** Debe llenar todos los puntos en la Sección 1. Los puntos en la Sección 2 son opcionales. No se le puede negar la cobertura si decide no responderlos.

### 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 la solicitud llenada a más tardar el 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Usted puede optar por inscribirse para que los pagos de la prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de Railroad Retirement Board).

### ¿Qué sucede después?

Envíe su solicitud llenada y firmada a:

IEHP DualChoice (HMO D-SNP)

P.O. Box 1800

Rancho Cucamonga

CA, 91729-1800

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

### ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a IEHP DualChoice al **1-800-741-IEHP (4347)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

O, Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**En español:** Llame a IEHP DualChoice al **1-800-741-IEHP (4347)/TTY 711**, o a Medicare al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para ayudarle. Las llamadas son gratuitas.

### Personas sin hogar

- Si desea inscribirse en un plan pero no tiene domicilio permanente, podrían considerarse como su domicilio de residencia permanente una Casilla o Apartado Postal, el domicilio de un refugio o de una clínica, o el domicilio en el que recibe el correo (por ejemplo, los cheques del Seguro Social).

De acuerdo con la Ley de Simplificación de los Procesos Administrativos (*Paperwork Reduction Act, PRA*) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esta exhiba un número de control de la Oficina de Gestión y Presupuesto (*Office of Management and Budget, OMB*) válido. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es el 0938-NEW. Se calcula que el tiempo que lleva completar esta información es de 20 minutos por respuesta, en promedio, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario relacionado con la exactitud del cálculo aproximado del tiempo o sugerencias para mejorar esta solicitud, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**IMPORTANTE**

**No envíe esta solicitud ni ningún documento que contenga información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Liquidación de Informes de la PRA. Cualquier documento que recibamos que no se refiera a cómo mejorar esta solicitud o la recopilación de información de esta solicitud (detallada en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, ni se revisará, ni se remitirá al plan. Consulte la sección “¿Qué sucede después?” de esta página para enviar su solicitud completa al plan.**

*IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.*

**Sección 1: Todos los campos de esta página son obligatorios (salvo que estén indicados como opcionales)**

**Seleccione el plan en el que desea inscribirse:**

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) - \$0 por mes

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer Número de teléfono:  
(MM/DD/AAAA) (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

Domicilio de la Residencia Permanente (No ingrese una Casilla de Correo):

Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Domicilio postal, si es distinto a su domicilio permanente (Se permite Casilla de Correo):

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Su información de Medicare:**

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

**Responda estas preguntas importantes:**

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como de Asuntos de Veteranos [*Veterans Affairs, VA*] o TRICARE) además de IEHP DualChoice?  Sí  No

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_ Número de Miembro para esta cobertura: \_\_\_\_\_ Número de grupo para esta cobertura: \_\_\_\_\_

1) ¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid (Medi-Cal)?  Sí  No

2) Si respondió que “sí”, proporcione su Número de Índice de Cliente (*Client Index Number, CIN*) de nueve dígitos de Medicaid: \_\_\_\_\_

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

- Debo mantener el Seguro Hospitalario (Parte A) y el Seguro Médico (Parte B) para seguir inscrito en IEHP DualChoice.
- Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage, reconozco que IEHP DualChoice compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración sobre la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar su inscripción en el plan.
- Entiendo que puedo inscribirme solamente 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 y MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de IEHP DualChoice, debo recibir todos mis beneficios médicos y beneficios de medicamentos recetados de IEHP DualChoice. Los beneficios y servicios proporcionados por IEHP DualChoice y contenidos en mi documento “Evidencia de Cobertura” de IEHP DualChoice (también conocido como contrato del miembro o convenio del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni IEHP DualChoice pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- 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 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 la firma es de un representante autorizado (según lo descrito anteriormente), tal firma certifica que:
  - 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y
  - 2) La documentación de esta autorización está disponible a solicitud de Medicare.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y llene estos campos:

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_

## Sección 2: Todos los campos de esta página son opcionales

**Responder a estas preguntas es su decisión. No se le puede negar la cobertura si decide no responderlos.**

¿Es de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que se apliquen.

- No, no soy de origen hispano, latino o español       Sí, mexicano, mexicano-estadounidense, chicano  
 Sí, puertorriqueño       Sí, cubano  
 Sí, otro origen hispano, latino o español  
 **Prefiero no responder.**

¿Cuál es su origen étnico? Seleccione todas las opciones que se apliquen.

- Indoamericano o nativo de Alaska       Indoasiático       Negro o afroamericano  
 Chino       Filipino       Guameño o chamorro  
 Japonés       Coreano       Nativo de Hawái  
 Otro lugar de Asia       Otra Isla del Pacífico       Samoano  
 Vietnamita       Blanco  
 **Prefiero no responder.**

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en otro idioma que no sea inglés.

- Español     Chino     Vietnamita

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

- Braille     Letra grande     CD de audio

Por favor, comuníquese con IEHP DualChoice al **1-800-741-IEHP (4347)** si necesita información en un formato accesible que no sean los ya mencionados. Nuestro horario de atención es de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

¿Trabaja?     Sí     No

¿Su cónyuge trabaja?     Sí     No

Indique su Médico de Cuidado Primario (*Primary Care Physician, PCP*), clínica o centro de salud:

### Solo para personas que ayudan a inscribirse a través de completar este formulario

Conteste esta sección si es la persona que está ayudando al afiliado a completar este formulario, (es decir, si usted es broker, consejero de SHIP, familiar u otro tercero)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Número de Productor Nacional (solo agentes/brokers): \_\_\_\_\_

[optional space for other administrative information needed by plan]

#### DECLARACIÓN SOBRE 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 mantener un registro de la inscripción de beneficiarios en Planes Medicare Advantage (MA), para mejorar el cuidado y para el pago de beneficios de Medicare. La Sección 1851 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50 y 422.60 del Código de Reglamentos Federales (*Code of Federal Regulations, CFR*) 42 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (*System of Records Notice, SORN*) "Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (*Medicare Advantage Prescription Drug, MARx*)", sistema número 09-70-0588. Su respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar su inscripción en el plan.

## Confirmación de Elegibilidad para un Período de Inscripción

Normalmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solamente durante el período de inscripción anual, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de ese período.

Lea detenidamente los siguientes enunciados y marque la casilla si el enunciado se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un Período de Inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, se podría cancelar su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un Plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (*Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP*).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual, o me mudé recientemente y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (introduzca la fecha)\_\_\_\_\_.
- Salí recientemente de prisión. Fui liberado el (introduzca la fecha)\_\_\_\_\_.
- Recientemente regresé a Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de Estados Unidos. Regresé a los Estados Unidos el (introduzca la fecha)\_\_\_\_\_.
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en Estados Unidos. Obtuve este estatus el (introduzca la fecha)\_\_\_\_\_.
- Recientemente, tuve un cambio en mi Medicaid (comencé a tener Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (introduzca la fecha)\_\_\_\_\_.
- Recientemente, tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (comencé a recibir la Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (introduzca la fecha)\_\_\_\_\_.
- Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no tuve un cambio.
- Me voy a mudar (cambiar de casa) a, vivo en o recientemente salí de un Centro Médico de Atención a Largo Plazo (por ejemplo, un centro de cuidados para adultos mayores o un centro médico de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré a/saldré del centro médico el (introduzca la fecha)\_\_\_\_\_.
- Recientemente salí de un programa PACE el (introduzca la fecha)\_\_\_\_\_.

- Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura de medicamentos con receta acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (introduzca la fecha)\_\_\_\_\_.
- Voy a dejar la cobertura de mi empleador o sindicato el (introduzca la fecha)\_\_\_\_\_.
- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia proporcionado por mi estado.
- Mi plan va a cancelar su contrato con Medicare, o Medicare va a cancelar su contrato con mi plan.
- Estoy inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (introduzca la fecha)\_\_\_\_\_.
- Fui inscrito/a en un Plan para Personas con Necesidades Especiales (*Special Needs Plan, SNP*), pero perdí la calificación de persona con necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (introduzca la fecha)  
\_\_\_\_\_.
- Me vi afectado por una emergencia climática o una gran catástrofe declarada por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (*Federal Emergency Management Agency, FEMA*). Uno de los otros enunciados del presente documento describían mi caso, pero no pude hacer mi inscripción debido a la catástrofe natural.

Si ninguno de estos enunciados se aplican a usted o no está seguro, por favor comuníquese con IEHP DualChoice al **1-800-741-IEHP (4347)** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para saber si son elegibles para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.