



Formulario de solicitud de inscripción para 2025 de Johns Hopkins Advantage MD (HMO, HMO D-SNP y PPO)

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un Medicare Advantage Plan.

Para afiliarse a un plan, usted debe:

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

Importante: Para afiliarse a Medicare Advantage Plan, también debe tener ambos:

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

¿Cuándo uso este formulario?

Puede afiliarse 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 planes

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

¿Qué necesito para completar 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: en la Sección 1 debe completar todos los puntos. Los puntos de la Sección 2 son opcionales. No se le puede negar la cobertura porque no los completa.

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (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 de Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucede a continuación?

Envíe su formulario completo y firmado a:
Johns Hopkins Advantage MD
P.O. Box 3538
Scranton, PA 18505
Fax: 1-855-825-7723

Una vez que procese su solicitud de afiliación, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Comuníquese con Johns Hopkins Advantage MD llamando al 1-888-403-7662. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

O bien, llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048 durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

En español: Llame a John Hopkins Advantage MD al 1-888-403-7662/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 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, entonces un Apartado Postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, cheques del seguro social) pueden considerarse como su dirección de residencia permanente.

De conformidad con la Ley de la Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder una recopilación de información, a menos que indique un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para tal recopilación de información es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información es un estimado de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario con respecto a la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, 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 este formulario ni ningún artículo con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA (PRA Reports Clearance Office). Se destruirá cualquier artículo que recibamos que no se trate de cómo mejorar este formulario o su carga de recolección (descrito en OMB 0938-1378). No se guardará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede a continuación?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

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

Seleccione el plan al cual desea unirse:

Planes HMO	Disponible a los residentes de los siguientes condados	Prima del plan	Plan Premium + Beneficio odontológico integral opcional
Johns Hopkins Advantage MD D-SNP (HMO)	Anne Arundel, Baltimore Co., Carroll, Frederick, Howard, Montgomery, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester	<input type="checkbox"/> \$0 al mes* <i>Incluye el beneficio odontológico integral</i>	
<i>Plan para Necesidades Especiales Dual para las personas elegibles para los beneficios completos de Medicare y Medicaid.</i>			
Johns Hopkins Advantage MD (HMO)	Anne Arundel, Baltimore Co., Carroll, Frederick, Howard, Montgomery, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester	<input type="checkbox"/> \$20 al mes	<input type="checkbox"/> \$45 al mes
Johns Hopkins Advantage MD Tribute (HMO) <i>Este plan no incluye la cobertura de medicamentos.</i>	Anne Arundel, Baltimore Co., Frederick, Howard, Montgomery	<input type="checkbox"/> \$0 al mes <i>Incluye el beneficio odontológico integral</i>	
Planes PPO	Disponible a los residentes de los siguientes condados	Prima del plan	Plan premium + beneficio odontológico integral opcional
Johns Hopkins Advantage MD (PPO)	Anne Arundel, Baltimore Co., Carroll, Frederick, Howard, Montgomery, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester	<input type="checkbox"/> \$95 al mes <i>Incluye el beneficio odontológico integral</i>	
Johns Hopkins Advantage MD Primary (PPO)	Anne Arundel, Baltimore Co., Frederick, Howard, Montgomery	<input type="checkbox"/> \$0 al mes <i>Incluye el beneficio odontológico integral</i>	
Johns Hopkins Advantage MD Plus (PPO)	Anne Arundel, Baltimore Co., Carroll, Frederick, Howard, Montgomery, Somerset, Washington, Wicomico y Worcester	<input type="checkbox"/> \$135 al mes	<input type="checkbox"/> \$160 al mes
* Dependiendo de su nivel de Ayuda Adicional Consulte el Resumen de beneficios para obtener más información sobre los Beneficios odontológicos integrales opcionales.			

NOMBRE:		Apellido:	Inicial del 2do nombre [opcional]:	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (___ / ___ / _____)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de teléfono: ()	<input type="checkbox"/> Teléfono del hogar	<input type="checkbox"/> Teléfono celular
Número de teléfono alternativo [opcional]: <input type="checkbox"/> Teléfono celular ()		Correo electrónico [opcional]:		
Dirección de la residencia permanente (no ingrese un apartado postal):				
Ciudad:	Condado [Opcional]:	Estado:	Código postal:	
Dirección postal, si es diferente a su dirección permanente (se permite el apartado postal):				
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Su información de Medicare:				
Número de Medicare: ___ - ___ - _____				

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Advantage MD? Sí No

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

Advantage MD D-SNP: ¿Tiene Asistencia Médica de Maryland (Medicaid) y Medicare? Sí No

En caso afirmativo, suministre su número de Medicaid: _____

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo permanecer tanto en la cobertura hospitalaria (Parte A) como en la cobertura médica (Parte B) para permanecer en Johns Hopkins Advantage MD.
- Al unirme a este Medicare Advantage Plan, reconozco que Johns Hopkins Advantage MD compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para 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, no responder puede afectar la inscripción en el plan.
- Comprendo 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).
- Entiendo que cuando comience la cobertura de Johns Hopkins Advantage MD, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados a través de Johns Hopkins Advantage MD. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por Johns Hopkins Advantage MD e incluidos en el documento "Evidencia de cobertura" de Johns Hopkins Advantage MD (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni Johns Hopkins Advantage MD pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si suministro información falsa intencionalmente en este formulario, mi inscripción en el plan será cancelada.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para representarme) en este formulario implica que he leído y que entiendo el contenido de este. Si la firma un representante autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y
 - 2) Que los documentos que respaldan esta autoridad están disponibles a solicitud de Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

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

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el afiliado:

Sección 2 - Todos los campos de esta página son opcionales

Responder 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 todas las que correspondan.

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

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

- Amerindio o nativo de Alaska
- Blanco
- Asiático:
 - Indio asiático
 - Chino
 - Filipino
 - Japonés
 - Coreano
 - Vietnamita
 - Otro asiático
- De color o afroamericano
- Nativo de Hawái e isleño del Pacífico:
 - Guameño o Chamorro
 - Nativo de Hawái
 - Samoano
 - Otro isleño del Pacífico
- Prefiero no responder.**

¿Cual es su género? Seleccione una opción.

- Mujer
- Hombre
- No binario
- Uso un término diferente: _____
- Prefiero no responder.**

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo piensa de sí mismo? Seleccione una opción.

- Lesbiana o gay
- Heterosexual, es decir, ni gay ni lesbiana.
- Bisexual
- Uso un término diferente: _____
- No sé
- Prefiero no responder.**

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma distinto al inglés.

- Español

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

- Braille
- Letra grande
- CD de audio
- CD de datos

Comuníquese con Johns Hopkins Advantage MD al 1-888-403-7662 si necesita información en un formato accesible diferente a las opciones proporcionadas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. De abril al 30 de septiembre, deje un mensaje los fines de semana y feriados. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja? Sí No ¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Indique su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Pago de las primas de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que se le haya aplicado o pueda aplicarse) por correo o transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) mensualmente. **También puede optar por pagar su prima mediante deducción automática de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes.**

Si tiene que pagar un Monto 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. NO le pague a Johns Hopkins Advantage MD la Parte D-IRMAA.

Si es residente de Maryland, también puede reunir las condiciones para el programa de Asistencia de Medicamentos Recetados para Personas de Edad Avanzada (Senior Prescription Drug Assistance Program, SPDAP). Para obtener más información, llame al 1-800-551-5995 (TTY 1-800-877-5156) de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Visítelos en línea en <http://marylandspdap.com/>.

Seleccione una opción de pago de la prima. **Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura mensual.**

Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria cada mes

- El proceso de inscripción para EFT por lo general toma de 4 a 5 semanas. Mientras espera la EFT, recibirá estados de cuenta mensuales. Debe pagar su prima directamente a **Johns Hopkins Advantage MD en P.O. Box 419169, Boston, MA 02241-9169.**

Adjunte un cheque ANULADO o provea lo siguiente:

Nombre del titular de la cuenta _____

Número de ruta del banco _____ Número de la cuenta bancaria _____

Tipo de cuenta: Cta. corriente Caja de ahorros

DECLARACIÓN DE 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 realizar un seguimiento de la afiliación de los beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o en Planes de medicamentos recetados (Prescription Drug Plans, 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 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN, por sus siglas en inglés) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.

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

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

La deducción del Seguro Social/RRB puede demorar dos meses o más para comenzar a partir de que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su beneficio del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas vencidas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el punto en que comienza la retención. Si el Seguro Social o RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa de sus primas mensuales.

Recibir una factura mensual.

Los pagos vencen el primer día de cada mes. Haga su cheque, cheque de cajero u orden de pago pagadero a **Johns Hopkins Advantage MD** y envíe por correo directamente a **Johns Hopkins Advantage MD, P.O. Box 419169, Boston, MA 02241-9169.**

Solo para personas que ayudan al afiliado a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores de SHIP, familiares u otros terceros) que ayuda a un afiliado a completar este formulario.

Nombre: _____ Relación con el afiliado: _____

Firma: _____ Número de productor nacional (solo agentes/corredores): _____

Agent Use Only:

Name of agent (if assisted in enrollment): _____

Agent Code: _____

FMO Name: _____

Effective Date of Coverage: _____

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

Date: _____

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

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

Lea los siguientes enunciados cuidadosamente y marque la casilla si el enunciado aplica a su situación. 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, es posible que se cancele 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 (MA OEP, por sus siglas en inglés).
- Me mudé recientemente fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (ingrese la fecha) _____
- Me liberaron recientemente de prisión. Me liberaron el (escriba la fecha) _____
- Regresé recientemente a Estados Unidos luego de haber vivido de manera permanente fuera de este país. Regresé a Estados Unidos el (ingrese la fecha). _____
- Obtuve recientemente el estado de presencia legal en Estados Unidos. Obtuve este estado el (ingrese la fecha) _____
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (hace poco obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (escriba la fecha) _____
- Recientemente tuve un cambio en la Ayuda Adicional que recibo para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (hace poco obtuve la Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (escriba la fecha) _____
- Tengo Medicare y 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 he tenido un cambio.
- Me mudaré a un centro de cuidados a largo plazo (por ejemplo, un centro de enfermería o un centro de cuidados a largo plazo), vivo en uno o me mudé recientemente de uno. Me mudé/mudaré al/del centro el (escriba la fecha) _____
- Recientemente dejé un Programa de Cuidados Integrales para Personas de Avanzada Edad (PACE, por sus siglas en inglés) el (ingrese la fecha) _____
- Perdí recientemente de manera involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como Medicare).
- Dejo de tener la cobertura del empleador o sindicato el (ingrese la fecha) _____
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica provisto por mi estado.
- Mi plan finaliza su contrato con Medicare o Medicare finaliza su contrato con mi plan.
- Estuve inscrito en un plan proporcionado por Medicare (o por mi estado) y deseo elegir otro plan. Mi inscripción en dicho plan comenzó el (ingrese la fecha) _____

Cont. Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

- Estaba inscrito en un Plan para Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés), pero ya no cumplo con las condiciones de necesidades especiales necesarias para pertenecer a ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (escriba la fecha) _____
- Me vi afectado por una emergencia o un desastre grave (declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA, por sus siglas en inglés]) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Uno de los otros enunciados se aplicaba a mi caso, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción debido al desastre.

Si ninguno de estos enunciados corresponde a su caso o no está seguro, comuníquese con Johns Hopkins Advantage MD al 1-888-403-7662 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para verificar si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Deberá dejar un mensaje los fines de semana y feriados.

Johns Hopkins Advantage MD es un Medicare Advantage Plan con un contrato con Medicare que ofrece productos HMO y PPO. Johns Hopkins Advantage MD D-SNP es un plan HMO D-SNP con un contrato con Medicare y con un contrato con Medicaid del Estado de Maryland. La inscripción en Johns Hopkins Advantage MD, HMO, PPO o D-SNP (HMO) está sujeta a la renovación del contrato.