

Formulario de Inscripción Individual del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare para 2022

¿Quiénes pueden usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare y desean inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

Para inscribirse en un plan, debe cumplir con estos requisitos:

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

Importante: para inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, también debe tener alguna de las siguientes coberturas o ambas:

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

¿Cuándo puedo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (la cobertura empieza el 1 de enero).
- En un plazo de 3 meses a partir de la fecha en la que obtuvo Medicare.
- En determinadas situaciones cuando puede inscribirse en un plan o cambiar de plan.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información acerca de los períodos de inscripción en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su Número de Medicare (el número que figura en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).
- Su dirección permanente y número de teléfono.

Nota:

Debe completar todas las secciones que figuran en INFORMACIÓN NECESARIA. Las secciones identificadas como opcionales o que figuren en INFORMACIÓN OPCIONAL son opcionales; es decir, no pueden rechazarle la cobertura si no las completó.

Recordatorios

- Si desea inscribirse en un plan durante el período de 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 de la prima del plan. Puede elegir inscribirse en un plan que descunte los pagos de la prima de su cuenta bancaria o de su beneficio de Seguro Social mensual (o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios).
- Si es miembro de un Plan Medicare Advantage (como una Organización de Mantenimiento de la Salud [HMO] o una Organización de Proveedores Preferidos [PPO]) que cubre los medicamentos recetados o si actualmente recibe cobertura de salud de algún empleador o sindicato, su cobertura podría verse afectada si se inscribe en Mutual of Omaha Rx. Lea los avisos que le envíe el Plan Medicare Advantage, su empleador o su sindicato. Si tiene otras preguntas, comuníquese con el Plan Medicare Advantage o con el administrador de beneficios.

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a la siguiente dirección:

Mutual of Omaha Rx
P.O. Box 3625
Scranton, PA 18505

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Mutual of Omaha Rx al **1.800.961.9006**

(los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

O bien, 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 Mutual of Omaha Rx al

1.800.961.9006 (los usuarios de TTY deben llamar al **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.

Según la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder un cuestionario, a menos que en él se muestre un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para este cuestionario es 0938-NEW. El tiempo necesario para completar este cuestionario es, en promedio, 20 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo para leer las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar el cuestionario. Si tiene comentarios sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: 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 documentos con su información personal (como reclamos, pagos, historia clínica, etc.) a la Oficina de Aprobación de Informes de la PRA. Se eliminará toda la documentación que recibamos que no esté relacionada con las formas de mejorar este formulario o los costos de recopilación (que figuran en la OMB 0938-1378). No se guardará, revisará ni se enviará al plan. Consulte la sección “¿Qué sucede después?” en esta página para enviar su formulario completado al plan.

Formulario de Inscripción Individual del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare de Mutual of Omaha Rx para 2022

Comuníquese con Mutual of Omaha Rx (PDP) si necesita información en otro idioma o formato.

INFORMACIÓN NECESARIA para inscribirse en Mutual of Omaha Rx (PDP):

Elija el plan en el que quiere inscribirse: (Para ver las primas mensuales, consulte el reverso de este formulario).
Plus Premier

APELLIDO:

NOMBRE: Inicial del Segundo Nombre: Sr. Sra. Srta.

Fecha de Nacimiento: Sexo: Teléfono Particular: Teléfono Celular:

Dirección Permanente (no se permite el apartado postal):

Ciudad: Estado: Código Postal:

Dirección de Correo (solo si es diferente de su dirección permanente):

Ciudad: Estado: Código Postal:

Dirección de Correo Electrónico (opcional):

Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, como otro seguro privado, TRICARE, cobertura de Beneficios de Salud para Empleados Federales, beneficios de la Administración de Veteranos (VA) o Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica.

¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos recetados además de Mutual of Omaha Rx? Sí No

Si la respuesta es "Sí", indique la otra cobertura y sus números de identificación (ID) para esta cobertura:

Nombre de la Otra Cobertura:

N.º de ID de Esta Cobertura:

N.º de Grupo de Esta Cobertura:

Información del seguro de Medicare:

Consulte su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección. Además, puede adjuntar una copia de su tarjeta de Medicare o de la carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferrovianos.

Número de Medicare

(Identificador del Beneficiario de Medicare):

Tiene autorizada esta cobertura:

HOSPITALARIA (Parte A)

Inicio de la cobertura*:

Nombre (como figura en la tarjeta de Medicare)*:

MÉDICA (Parte B)

* Esta información es opcional

IMPORTANTE. Lea la información y firme:

Divulgación de información:

- Debo mantener la cobertura hospitalaria (Parte A) o médica (Parte B) para permanecer en Mutual of Omaha Rx.
- Al inscribirme en este Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, acepto que Mutual of Omaha Rx compartirá mi información con Medicare, que podría usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la legislación federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración respecto de la Ley de Privacidad en el reverso de este formulario).
- Responder este formulario es voluntario; sin embargo, si no responde, podría verse afectada su inscripción en el plan.
- A mi leal saber y entender, la información en este formulario de inscripción es correcta.
- Entiendo que, si brindo información falsa de manera intencional en este formulario, cancelarán mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas con Medicare no suelen tener cobertura de Medicare fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
- Entiendo que, si dejo el plan y no tengo ni obtengo otra cobertura de medicamentos recetados de Medicare u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados (del mismo nivel que la de Medicare), es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía además de la prima para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro.
- Entiendo que, si estoy recibiendo ayuda de parte de un agente de ventas, un intermediario u otra persona empleada o contratada por Mutual of Omaha Rx, esa persona recibirá un pago dependiendo de mi inscripción en Mutual of Omaha Rx.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que leí y comprendí el contenido de la solicitud. Si firma un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) la persona está autorizada a completar la inscripción en virtud de la legislación estatal y 2) la documentación de esta autoridad está disponible, previa solicitud de Medicare.

Su firma:

Fecha de hoy:

Fecha propuesta de entrada en vigencia de la cobertura (opcional):

Las fechas de entrada en vigencia se determinan según el período de inscripción que usted usa y las normativas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). A menos que usted sea un afiliado nuevo de Medicare o cumpla los requisitos para el Período Especial de Inscripción (SEP), su fecha de entrada en vigencia será el 1 de enero. Mutual of Omaha Rx no puede garantizar que se respetará la fecha de entrada en vigencia que usted solicitó. En última instancia, los CMS proporcionan la fecha de entrada en vigencia de la inscripción de la Parte D.

SOLO PARA EL REPRESENTANTE AUTORIZADO: es necesario completar esta sección **SOLO** si usted actúa en nombre del solicitante conforme a la legislación estatal.

NOMBRE:

Inicial del Segundo Nombre:

APELLIDO:

Dirección del Representante (número y calle):

Ciudad:

Estado: Código Postal:

Número de Teléfono:

 - -

Relación con el Afiliado:

INFORMACIÓN OPCIONAL

SOLO PARA EL INTERMEDIARIO/AGENTE: complete esta sección **SOLO** si usted es un intermediario/ agente que ayuda al solicitante. Debe estar asociado a una agencia de intermediación que tenga un contrato con Mutual of Omaha Rx y esté autorizada por ella para vender nuestros planes.

Nombre del Intermediario/Agente:

Número de Productor Nacional: (Solo caracteres numéricos)

Firma del Intermediario/Agente/Representante:

Fecha de hoy:

 - -
MM DD A A A A

¿Necesita información en otro formato?

Si prefiere que le enviemos información en español o en un formato accesible como braille, letra grande o CD de audio, o si necesita información en un idioma o formato accesible que no figure en este documento, comuníquese con Servicio al Cliente al 1.800.961.9006. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto durante Acción de Gracias y Navidad). Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (excepto los feriados nacionales).

Información para determinar los períodos de inscripción:

Por lo general, puede inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare solo durante el Período de Inscripción Anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Además, hay excepciones que podrían permitirle inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare fuera del Período de Inscripción Anual. **Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla que le corresponda.**

Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica, a su leal saber y entender, que cumple con los requisitos para un período de inscripción. Si luego determinamos que esta información es incorrecta, podremos cancelar su inscripción.

- Deseo inscribirme durante el Período de Inscripción Anual.
- Soy un afiliado nuevo de Medicare y deseo inscribirme durante el Período de Inscripción Inicial.
- 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 (indicar la fecha):
- Me liberaron de prisión recientemente. Me liberaron el (indicar la fecha):
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de haber residido de forma permanente en el extranjero. Regresé a los EE. UU. el (indicar la fecha):
- Recientemente obtuve el estado de residente legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (indicar la fecha):
- Tengo Medicare y Medicaid (o el estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Extra para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido cambios.
- Tuve un cambio reciente en mi Ayuda Extra para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (obtuve una Ayuda Extra nueva, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Extra o perdí la Ayuda Extra) el (indicar la fecha):
- Resido en un centro de cuidado a largo plazo o salí recientemente de uno (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de cuidado a largo plazo). Me mudé/me mudaré al centro/me iré del centro el (indicar la fecha):
- Recientemente abandoné un programa de Atención Integral al Adulto Mayor (PACE) el (indicar la fecha):
- Recientemente perdí de manera involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (del mismo nivel que la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (indicar la fecha):
- Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (indicar la fecha):
- Estoy inscrito en un programa de asistencia farmacéutica otorgado por el estado.
- Mi plan finaliza su contrato con Medicare, o Medicare finaliza su contrato con mi plan.
- Estoy inscrito en un Plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir otro plan. La inscripción en ese plan entró en vigencia el (indicar la fecha):
- Me afectó una emergencia climática o una catástrofe grave, según lo declara la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA). Una de las otras afirmaciones que figuran en este documento se correspondía con mi caso, pero no pude inscribirme debido a un desastre natural.
- Recientemente tuve un cambio en mi cobertura de Medicaid (obtuve cobertura de Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de Medicaid) el (indicar la fecha):
- Otro (indicar) _____ (indicar la fecha):

- -
MM DD A A A A

- -
MM DD A A A A

- -
MM DD A A A A

- -
MM DD A A A A

- -
MM DD A A A A

- -
MM DD A A A A

- -
MM DD A A A A

- -
MM DD A A A A

- -
MM DD A A A A

- -
MM DD A A A A

- -
MM DD A A A A

- -
MM DD A A A A

Si tiene dudas, comuníquese con Mutual of Omaha Rx al 1.800.961.9006 para verificar que cumple con los requisitos para la inscripción. Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto durante Acción de Gracias y Navidad). Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (excepto los feriados nacionales). Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Primas de Mutual of Omaha Rx (PDP) para 2022:

Región	Área de Servicio	Plus	Premier
01	NH/ME	\$102.90	\$34.40
02	CT/MA/RI/VT	\$97.20	\$35.10
03	NY	N/A	N/A
04	NJ	\$91.70	\$37.10
05	DC/DE/MD	\$92.10	\$35.50
06	PA/WV	\$80.30	\$35.90
07	VA	\$92.80	\$35.00
08	NC	\$80.20	\$35.80
09	SC	\$92.30	\$37.00
10	GA	\$89.50	\$35.40
11	FL	\$93.30	\$35.20
12	AL/TN	\$87.90	\$35.90
13	MI	\$84.30	\$34.20
14	OH	\$81.60	\$34.40
15	IN/KY	\$76.00	\$34.90
16	WI	\$92.50	\$35.00
17	IL	\$78.20	\$34.10
18	MO	\$79.30	\$35.40
19	AR	\$88.00	\$34.10
20	MS	\$79.00	\$35.30
21	LA	\$92.50	\$33.10
22	TX	\$89.60	\$34.70
23	OK	\$84.60	\$35.20
24	KS	\$81.40	\$34.10
25	IA/MN/MT/ND/NE/SD/WY	\$78.80	\$34.00
26	NM	\$95.40	\$31.80
27	CO	\$101.40	\$33.80
28	AZ	\$105.10	\$34.00
29	NV	\$88.00	\$34.00
30	OR/WA	\$99.90	\$31.40
31	ID/UT	\$83.50	\$35.30
32	CA	\$106.90	\$35.20
33	HI	\$93.30	\$34.00
34	AK	\$96.70	\$30.40

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.800.961.9006 (TTY: 711).

DECLARACIÓN RESPECTO DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o en Planes de Medicamentos Recetados (PDP), mejorar la atención o pagar los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguro Social y los artículos 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del capítulo 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS podrán usar, divulgar e intercambiar información sobre la inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (MARx)", Sistema n.º 09-70-0588. Responder a este formulario es voluntario. Sin embargo, si no responde, su inscripción en el plan podría verse afectada.