

Formulario de Inscripción Individual del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare para 2024

¿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/a 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 entra en vigencia el 1 de enero)
- En un plazo de 3 meses a partir de la fecha en la que obtuvo Medicare
- En determinadas situaciones en las que 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 su número de teléfono

Nota: Debe completar todas las secciones que figuran en INFORMACIÓN NECESARIA. Completar las secciones identificadas como opcionales o que figuran en INFORMACIÓN OPCIONAL es voluntario. No le pueden negar la cobertura por no responder.

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 0938-1378. 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.

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

Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, puede utilizar un apartado postal (P.O. Box), una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social), como su domicilio permanente.

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a la siguiente dirección:

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

Una vez que procesemos la solicitud de inscripción, nos comunicaremos con usted.

¿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.

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 el formulario completo al plan.

Formulario de Inscripción Individual del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare de Mutual of Omaha Rx para 2024

Comuníquese con Mutual of Omaha RxSM (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 Essential Premier

APELLIDO:

NOMBRE:

Inicial del segundo nombre:

Sr.

Sra.

Srta.

Fecha de Nacimiento:

Sexo:

Teléfono particular:

M F

MM DD AAAA

Teléfono celular:

Dirección Permanente (el apartado postal solo está permitido para las personas sin hogar):

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, incluidos otros seguros privados, 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*:

M M D D A A A A

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

MÉDICA (Parte B)

M M D D A A A A

*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 lo responde, podría afectar su inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan de la Parte D a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de la Parte D.
- La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que, si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se cancelará 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 abandono 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, intermediario u otra persona empleada o contratada por

Mutual of Omaha Rx, esa persona recibirá un pago en función 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 he leído y entiendo el contenido de esta 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:

M M D D A A A A

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

M M D D A A A A

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. 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 en 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 AAAA

INFORMACIÓN OPCIONAL

**Responder a estas preguntas es opcional.
No le pueden negar la cobertura por no responder.**

¿Es de origen hispano, latino/a o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino/a o español | <input type="checkbox"/> Sí, cubano |
| <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicoamericano, chicano/a | <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino/a o español |
| <input type="checkbox"/> Si, puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Elijo no responder |

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

- | | | |
|---|---|---|
| Asiático: | Nativo de Hawái y de las islas del Pacífico: | <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Samoano | <input type="checkbox"/> Elijo no responder |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico | |
| <input type="checkbox"/> Coreano | | |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | | |
| <input type="checkbox"/> Otro asiático | | |

Seleccione si desea que le enviemos información en un idioma diferente al inglés.

- Español

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

- Braille Letra grande

Comuníquese con Mutual of Omaha Rx al **1.800.961.9006** si necesita información en un formato accesible distinto al mencionado anteriormente. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Nuestro horario de atención del 1 de octubre al 31 de marzo 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., hora del Centro (excepto los feriados nacionales).

¡Deje de usar papel! Reduzca la basura y ayude al medio ambiente.

- Prefiero que me envíen materiales por correo electrónico, si está disponible. Entiendo que puedo volver a cambiar mi preferencia al correo en cualquier momento.

Dirección de correo electrónico:

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 con atención las siguientes afirmaciones y marque la casilla que se aplique a su caso.

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.

- | | | | | |
|--------------------------|--|----------------------|-----|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Deseo inscribirme durante el Período de Inscripción Anual. | | | |
| <input type="checkbox"/> | Soy un afiliado nuevo de Medicare y deseo inscribirme durante el Período de Inscripción Inicial. | | | |
| <input type="checkbox"/> | Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (indicar la fecha): | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> |
| | | M M | D D | A A A A |
| <input type="checkbox"/> | Me liberaron de prisión recientemente. Me liberaron el (indicar la fecha): | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> |
| | | M M | D D | A A A A |
| <input type="checkbox"/> | Recientemente regresé a los Estados Unidos después de haber vivido permanentemente en el extranjero. Regresé a los EE. UU. el (indicar la fecha): | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> |
| | | M M | D D | A A A A |
| <input type="checkbox"/> | Recientemente obtuve el estado de residente legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (indicar la fecha): | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> |
| | | M M | D D | A A A A |
| <input type="checkbox"/> | 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. | | | |
| <input type="checkbox"/> | 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): | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> |
| | | M M | D D | A A A A |
| <input type="checkbox"/> | 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): | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> |
| | | M M | D D | A A A A |
| <input type="checkbox"/> | Recientemente abandoné un Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE) el (indicar la fecha): | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> |
| | | M M | D D | A A A A |
| <input type="checkbox"/> | 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): | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> |
| | | M M | D D | A A A A |
| <input type="checkbox"/> | Dejaré de la cobertura de mi empleador o sindicato el (indicar la fecha): | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> |
| | | M M | D D | A A A A |
| <input type="checkbox"/> | Estoy inscrito en un programa de asistencia farmacéutica otorgado por el estado. | | | |
| <input type="checkbox"/> | Mi plan finaliza su contrato con Medicare o Medicare finaliza su contrato con mi plan. | | | |
| <input type="checkbox"/> | Estoy inscrito en un Plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP). | | | |
| <input type="checkbox"/> | Medicare (o el estado) me inscribió en un plan y quiero elegir otro plan. La inscripción en ese plan entró en vigencia el (indicar la fecha): | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> |
| | | M M | D D | A A A A |
| <input type="checkbox"/> | 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. | | | |
| <input type="checkbox"/> | 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): | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> |
| | | M M | D D | A A A A |
| <input type="checkbox"/> | Otro (indicar) _____ (indicar la fecha): | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> |
| | | M M | D D | 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, abrimos 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., hora del Centro (excepto los feriados nacionales). Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

Información del centro de cuidado a largo plazo:

¿Reside en un centro de cuidado a largo plazo, como un hogar de ancianos? Sí No

Si su respuesta es "Sí", complete la siguiente información:

Nombre del Centro:

Dirección del Centro (número y calle):

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono:

 - -

Pago de su prima del plan:

Puede pagar su prima mensual del plan (incluidas las multas por inscripción tardía que tenga) por correo o por transferencia electrónica de fondos cada mes. **También puede elegir pagar su prima mediante el débito automático de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) cada mes. Si tiene que pagar un Monto del Ajuste Mensual por Ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto extra, además de su prima del plan. NO pague a Mutual of Omaha Rx el IRMAA de la Parte D.**

Elija una opción para el pago de la prima:

- Recibir una factura.
- Traslerencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria cada mes. Adjunte un cheque CANCELADO y complete la siguiente información:

Al elegir una EFT, autorizo a Omaha Health Insurance Company a retirar los montos necesarios de mi cuenta bancaria para el pago de la prima del plan que adeudo según el contrato con Mutual of Omaha Rx. El retiro automático tendrá lugar el primer día de cada mes.

Número de Ruta Bancaria:

Número de Cuenta Bancaria:

Tipo de Cuenta:

- Cuenta corriente
- Caja de ahorros

Titular de la Cuenta (si difiere del nombre del afiliado):

- Descuento automático de su cheque de beneficios mensuales del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios.

El descuento de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios puede tardar dos meses o más en comenzar. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la Junta de Jubilación para Ferroviarios acepta su solicitud para el débito automático, el primer descuento de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta que el comienzo de las retenciones. Si el Seguro Social o la Junta de Jubilación para Ferroviarios no aprueba su solicitud de débito automático, le enviaremos una factura impresa para las primas mensuales.

Primas de Mutual of Omaha Rx (PDP) para 2024 de cada plan:

Región	Área de servicio	Plus	Essential	Premier
01	NH, ME	\$96.30	\$26.80	\$90.10
02	CT, MA, RI, VT	\$110.80	\$27.90	\$102.40
03	NY	NA	NA	NA
04	NJ	\$98.00	\$24.40	\$89.50
05	DE, DC, MD	\$89.10	\$26.30	\$84.60
06	PA, WV	\$41.20	\$24.90	\$88.20
07	VA	\$96.50	\$25.00	\$84.40
08	NC	\$81.20	\$24.90	\$65.40
09	SC	\$42.60	\$25.10	\$78.60
10	GA	\$94.90	\$23.60	\$86.80
11	FL	\$103.80	\$24.20	\$118.60
12	AL, TN	\$116.90	\$23.60	\$73.00
13	MI	\$35.40	\$23.20	\$75.00
14	OH	\$85.00	\$24.10	\$86.50
15	IN, KY	\$97.10	\$24.10	\$69.50
16	WI	\$46.30	\$22.10	\$77.80
17	IL	\$93.10	\$24.00	\$66.90
18	MO	\$104.60	\$23.40	\$70.90
19	AR	\$37.70	\$22.80	\$74.80
20	MS	\$99.00	\$23.20	\$95.10
21	LA	\$43.10	\$24.60	\$77.10
22	TX	\$99.90	\$23.70	\$77.10
23	OK	\$93.20	\$22.90	\$79.30
24	KS	\$92.20	\$22.00	\$67.20
25	IA, MN, MT, ND, NE, SD, WY	\$40.90	\$22.90	\$70.30
26	NM	\$94.70	\$22.40	\$53.30
27	CO	\$104.30	\$22.80	\$100.70
28	AZ	\$103.20	\$22.90	\$67.50
29	NV	\$97.20	\$23.30	\$81.80
30	OR, WA	\$105.50	\$23.00	\$83.00
31	ID, UT	\$41.90	\$20.30	\$71.60
32	CA	\$112.30	\$25.70	\$100.30
33	HI	\$94.90	\$23.10	\$79.20
34	AK	\$97.70	\$24.20	\$81.30

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. La sección 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y los artículos 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.