



Aetna Medicare
Instrucciones para completar el formulario de
solicitud de inscripción individual para 2025

Cómo inscribirse

OMB No. 0938-1378 Vence el 6/30/2026

<p>En línea en: Aetna BetterHealth.com/Virginia-hmosnp o a través de Medicare en Medicare.gov</p>	<p>Llámenos al: 1-844-934-3324 (TTY: 711)</p>	<p>A través de su agente: entréguele a su agente el formulario completo.</p>	<p>Por fax: Atención: Departamento de Inscripción Fax: 1-844-984-0393</p>	<p>Por correo a: Aetna Medicare PO Box 7083 London, KY 40742</p>
---	--	---	---	---

Prepárese

Tenga todo lo siguiente a mano:

- Su tarjeta blanca, roja y azul del seguro Medicare
- Su información de seguro de salud de cualquier otro seguro que tenga (incluido Medicaid).
- La información de su proveedor de atención primaria que se encuentra disponible en línea en **AetnaBetterHealth.com/virginia-hmosnp/find-provider**

¿Tiene preguntas?

Llámenos al **1-844-934-3324 (TTY: 711)**. Estamos disponibles de 08:00 a. m. a 08:00 p. m. durante los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 08:00 a. m. a 08:00 p. m. de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

Consejos para su solicitud de inscripción

- Cada solicitante debe completar su propia inscripción. No fotocopie un formulario para volver a utilizarlo.
- **Use letra imprenta y legible. Complete todas las secciones.** No se olvide de firmar y fechar el formulario.
- **En caso de personas sin hogar:** Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, se puede considerar su dirección de residencia permanente lo siguiente: un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social).
- Si se inscribe fuera del plazo del Período de inscripción anual (AEP), debe confirmar su período de inscripción (consulte la siguiente página).
- Haga una copia de la solicitud completa para sus registros.
- Le recomendamos que confirme que se recibió su formulario si lo envía por fax o por correo (llámenos para confirmar la recepción o envíe un correo certificado).

Gracias por elegir nuestro plan. Tendrá noticias nuestras en un período de 10 a 14 días.

QS25 1__ / __ / __
MM / DD / HH



Normalmente, se puede inscribir en un plan de Medicare Advantage durante el Período de inscripción anual (AEP) desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que le pueden permitir inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea atentamente los siguientes enunciados y marque la casilla si el enunciado se aplica a usted. Al marcar uno de los casilleros certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para participar en un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información no es correcta, se podrá cancelar su inscripción.

Nombre del posible miembro

Número de Medicare

____ - ____ - ____

Motivos para la elegibilidad en el Período de inscripción anual

- Me inscribo entre el 10/15/24 y el 12/7/24 durante el Período de inscripción anual actual.

Motivos para la elegibilidad en el Período de inscripción inicial

- Es la primera vez que tengo Medicare.
Es la primera vez que tengo Medicare y me informaron que tenía que recibir Medicare después de que empezara la cobertura de la Parte A o de la Parte B. Recibí la notificación el ___/___/___ (fecha).
Antes tenía Medicare, pero ahora voy a cumplir 65 años.

Motivos para la elegibilidad en el Periodo de inscripción abierta

Entre el 1/1/25 y el 3/31/25:

- Tengo un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio.

Entre el 4/1/25 y el 12/31/25:

- Tengo un plan Medicare Advantage y hace menos de 3 meses que tengo Medicare. Quiero hacer un cambio.

Motivos para la elegibilidad del Período de inscripción especial (SEP)

- Me mudé a una nueva dirección que está 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 ___/___/___ (fecha).
Salí de la cárcel. Fui liberado el ___/___/___ (fecha).
Volví a los Estados Unidos después de vivir fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el ___/___/___ (fecha).
Hace poco obtuve un estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el ___/___/___ (fecha).
Hace poco hubo un cambio en mi plan de Medicaid (recién inscrito en Medicaid, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdió Medicaid) el ___/___/___ (fecha).

Continúa en la siguiente página

QS25 1 ___/___/___
MM/DD/HH



Nombre del posible miembro

Número de Medicare

____ - ____ - ____

- Hace poco hubo un cambio en la Ayuda adicional para pagar los costos de mis medicamentos (recién inscrito en la Ayuda adicional, hubo un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdió la Ayuda adicional) el __/__/__(fecha).
- Tengo Medicare y Medicaid, mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare o recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Me he dado de baja en un plan PACE (Programas de atención integral para las personas de edad avanzada) el __/__/__(fecha).
- Vivo en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia o un hospital de rehabilitación.
- Hace poco salí de un centro de cuidados de larga duración, como un hogar de convalecencia o un hospital de rehabilitación. Me fui del centro el __/__/__(fecha).
- Perdí otra cobertura de medicamentos que no es de Medicare (cobertura acreditable), o mi otra cobertura que no es de Medicare cambió y ya no se considera cobertura acreditable. Perdí mi cobertura de medicamentos el __/__/__(fecha).
- Dejé la cobertura de mi empresa o sindicato (incluida la cobertura COBRA) el __/__/__(fecha).
- Pertenezco a un Programa estatal de asistencia farmacéutica o estoy perdiendo la ayuda de un Programa estatal de asistencia farmacéutica.
- Perdí mi cobertura porque mi plan ya no cubre el área en donde vivo o finalizó el contrato con Medicare.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. La inscripción en ese plan comenzó el __/__/__(fecha).
- Perdí mi Plan de necesidades especiales porque ya no tengo la afección que requiere el plan. Se canceló mi inscripción en el plan el __/__/__(fecha).

Continúa en la siguiente página.

QS25 1__ / __ / __
MM / DD / HH



- Sufrí una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias o por el Gobierno federal, estatal o local). Uno de los otros enunciados aplicaban a mi situación, pero no pude inscribirme a causa de un desastre natural.

 - Deseo inscribirme en un plan de necesidades especiales que personalice los beneficios para mi afección crónica.
-

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted, pero cree que tiene una circunstancia especial que le permite inscribirse, puede llamarnos al **1-844-934-3324 (TTY: 711)**. Estamos disponibles de 08:00 a. m. a 08:00 p. m. durante los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 08:00 a. m. a 08:00 p. m. de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Podemos ayudarlo a determinar si califica para un período de elección especial.

En caso contrario, anote abajo el motivo de su Período de elección especial. Aetna puede ponerse en contacto con usted para determinar si es elegible.

- Otro motivo de su SEP: _____

QS25 1__ / __ / __
MM / DD / HH



Formulario de solicitud de inscripción

Solo para uso del agente:

Nombre del agente:

Número Nacional de Productor (NPN):

Para inscribirse en un plan de Aetna, brinde la siguiente información:

Elija su plan

Marque el plan en el que quiera inscribirse.

- *Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) (H1610-001) **\$0.00** por mes
- *Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) (H1610-003) **\$0.00** por mes

*Nota: Los planes con un asterisco (*) junto al nombre del plan deben tener asignado un Proveedor de atención primaria (PCP). Consulte la información **Elija su Proveedor de atención primaria (PCP)** de abajo.*

Fecha propuesta de entrada en vigencia de la cobertura: __ / __ / __

Las fechas de entrada en vigencia se basan en el período de inscripción que esté usando para inscribirse y en las reglamentaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. A menos que sea nuevo en Medicare o elegible para un Período de elección especial (SEP), la fecha de entrada en vigencia será el 1 de enero. Aetna no puede garantizar que la fecha de entrada en vigencia que ha solicitado se respetará.

QS25 1__ / __ / __
MM / DD / HH

Elija su Proveedor de atención primaria (PCP)

Algunos de nuestros planes coordinan su atención a través de un PCP. Hemos señalado estos planes con un asterisco (*) junto al nombre del plan (Ejemplo: "**Aetna Prime Plan (HMO)*"). Si ha seleccionado un plan señalado con un asterisco y no elige un PCP, es posible que no paguemos su atención y le asignemos uno. **Tenga en cuenta que un especialista no se considera una selección válida de PCP.**

Si el plan que ha seleccionado NO tiene un asterisco (*) junto al nombre de su plan, todavía tiene la opción de elegir un PCP. Cuando sabemos quién es su médico, podemos respaldar aún mejor su atención médica.

Escriba el **nombre, Nombre del grupo de proveedores/dirección de la oficina e Identificador nacional de proveedores (NPI)** de su proveedor de atención primaria (PCP) abajo. Visite nuestro directorio de proveedores en línea en **[AetnaBetterHealth.com/virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/find-provider)** o llame al **1-844-934-3324 (TTY: 711)** para encontrar información sobre proveedores o un PCP de la red para su selección de plan específica.

Nombre completo de su PCP (nombre y apellido)

¿Es paciente en la actualidad?

Sí No

Nombre del grupo del proveedor/dirección del consultorio

NPI (que se encuentra en el directorio de proveedores)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Su información

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento		
____ / ____ / ____ M M D D A A A A	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono (____) ____ - ____ ¿Es un número móvil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Dirección de correo electrónico

Dirección de la residencia permanente: incluido el apartamento, la suite o la unidad (No ingrese un apartado postal.

Nota: Las personas sin hogar pueden ingresar un apartado postal. El plan deberá confirmar su residencia del área de servicio.)

Ciudad	Condado	Estado	Código postal
---------------	----------------	---------------	----------------------

Dirección postal: incluido el apartamento, la suite o la unidad (si es diferente de su dirección permanente)

Ciudad	Estado	Código postal
---------------	---------------	----------------------

Su información de Medicare

Esta información está en su tarjeta roja, blanca y azul del seguro Medicare
 Para inscribirse en un plan de Medicare Advantage debe tener las Partes A y B.

Número de Medicare: ____ - ____ - ____	ATENCIÓN HOSPITALARIA (Parte A)	Fecha de vigencia: ____ / ____ / ____
	ATENCIÓN MÉDICA (Parte B)	____ / ____ / ____

Responda estas preguntas importantes

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>1. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además de Aetna Medicare? Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos que incluye otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica. Si la respuesta es "Sí", mencione su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación de esa cobertura:</p> <p>Nombre de la otra cobertura: _____</p> <p>N.º de identificación de esa cobertura: _____</p> <p>N.º de grupo para esta cobertura: _____</p>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>2. ¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su estado?</p> <p>Si la respuesta es "Sí", escriba su número de Medicaid: _____</p>

Cuéntenos un poco más sobre usted

Responder estas preguntas es su elección. No pueden denegarle la cobertura por no responderlas.

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

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

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

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio estadounidense o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Guamaniano o chamorro |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Otra raza asiática | <input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Elijo no responder |

¿Cuál es su género? Seleccione una?

- | | | |
|---------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> No binario | <input type="checkbox"/> Elijo no responder. |
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Uso un término diferente:
_____ | |

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor lo que piensa de usted mismo? Seleccione una.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay | <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| <input type="checkbox"/> Heterosexual, es decir, ni gay ni lesbiana | <input type="checkbox"/> Uso un término diferente:
_____ | <input type="checkbox"/> Elijo no responder. |

Indique el **idioma de preferencia que habla** (si no es inglés):

- Español Chino Otro (especifique): _____

Indique el **idioma de preferencia en el que escribe** (si no es inglés):

- Español Chino Otro (especifique): _____

Seleccione una casilla si desea que le enviemos la información en un formato accesible:

- Braille Tamaño de letra grande CD de audio CD de datos

Llámenos al **1-844-934-3324 (TTY: 711)** si necesita información en un formato accesible distinto a los indicados anteriormente. Estamos disponibles de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

QS25 1__ / __ / __
MM / DD / HH

Lea esta información importante y firme a continuación

- **Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, inscribirse en Aetna Medicare podría afectar los beneficios de salud de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en Aetna Medicare.** Lea las comunicaciones enviadas por su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o póngase en contacto con la oficina que aparece en sus comunicaciones. Si no se indica con quién debe comunicarse, la oficina o el administrador de sus beneficios que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarle.
- Debo conservar tanto la atención hospitalaria (Parte A) como la atención médica (Parte B) para permanecer en Aetna Medicare.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que Aetna Medicare compartirá mi información con Medicare, que podrá utilizarla para hacer 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 de la Ley de Privacidad en la página siguiente).

DECLARACIÓN 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 los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y pagar los beneficios de Medicare. La Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS podrían utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del sistema de registros (SORN) “Medicamento con receta de Medicare Advantage (MARx)”, N.º de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. No obstante, la falta de respuestas podría afectar la inscripción en el plan.
- Comprendo que puedo inscribirme solo en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para planes privados de pago por servicio (PFFS) de MA y planes de cuenta de ahorro para gastos médicos (MSA) de MA).
- **Planes MA solamente:** Comprendo que cuando comience mi cobertura Aetna Medicare, debo recibir todos mis beneficios médicos de Aetna Medicare. **Planes MA-PD:** Comprendo que cuando comience mi cobertura Aetna Medicare, debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Aetna Medicare. **Todos los planes:** Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por Aetna Medicare que se encuentran en el documento de Evidencia de cobertura de Aetna Medicare (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni Aetna Medicare pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- A mi leal saber y entender, la información de este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del estado donde vivo) en este documento significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si lo firma una persona autorizada (como se describió anteriormente), esta firma certifica lo siguiente:
 - 1) esta persona está autorizada de acuerdo con la ley estatal a completar esta inscripción, y que
 - 2) la documentación de esta autoridad se encuentra disponible si Medicare la solicita.

Aetna Medicare es un plan HMO, PPO que tiene un contrato con Medicare. Nuestros planes D-SNP también tienen contratos con los programas estatales de Medicaid. La inscripción en nuestros planes

QS25 1 ___ / ___ / ___
MM / DD / HH

depende de la renovación del contrato. Las características y la disponibilidad de los planes pueden variar según el área de servicio. Aetna® y CVS Pharmacy® son parte de la familia de empresas CVS Health®.

Firma	Fecha de hoy __/__/____
--------------	-----------------------------------

Si es un **representante autorizado (como un poder de representación)** y completa este formulario en nombre del miembro, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información.

Nombre	Dirección
Número de teléfono (____) ____ - ____	Relación con el inscrito

Para personas que ayudan a un inscrito a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (por ejemplo, agentes, corredores, asesores de SHIP, familiares o terceros) que ayuda a alguien a completar este formulario, pero no está autorizado a tomar decisiones en nombre del inscrito.

Nombre	Relación con el inscrito
Firma	Número de productor nacional (NPN): (solo agentes/corredores)

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de información existentes, reunir la información necesaria, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario respecto de la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos 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 elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Todo lo que recibamos que no esté relacionado con formas de mejorar este formulario o su carga de recopilación (indicados en OMB 0938-1378) será destruido. No lo conservaremos, revisaremos ni enviaremos al plan. Consulte "Cómo inscribirse" en la primera página de este formulario para enviar su formulario completo al plan.

QS25 1__ / __ / __
MM / DD / HH

AGENT USE ONLY

Agent/producer/broker/representative must complete this section

Applicant's name

If you are the agent/producer/broker/employed sales representative, you must provide the following information and submit it with the completed application.

Yes No Was the Scope of Appointment (SOA) completed? (The SOA must be agreed to by the Medicare beneficiary prior to any personal individual marketing appointment.)

If "No," why not? :

Yes No Was the SOA captured electronically or by telephone?

If "Yes," please provide the confirmation/ID number:

Attach the SOA or indicate why it's not available:

Name of agent/producer/broker/sales rep:

Phone number:

National Producer Number (NPN):

Check box if application received at a retail kiosk.

NOTE: If the agent/producer/broker/employed sales representative takes receipt of this application, a signature and date are REQUIRED below. Your signature indicates you understand that this application must be submitted within two calendar days of this date.

Signature of agent/producer/broker/sales rep:

Date agent received the Individual Enrollment Request Form:

Copy and keep this completed form for your records. The completed election period checklist on page 1 must be included with the form.

Fax or mail the completed form to:

Aetna Medicare

PO Box 7083 London, KY 40742

Fax: 1-844-984-0393

QS25 1__ / __ / __
MM / DD / HH



Recepción de la inscripción en el plan de Medicare Advantage

Agente/corredor: Complete y entrégueselo al inscrito.

Guarde esto como prueba de su solicitud de inscripción hasta que Medicare haya confirmado su inscripción y usted reciba los materiales para los miembros. Este documento de recepción no es una garantía de inscripción.

Este documento es solo para sus registros. No se requiere ninguna otra acción.

Solicitante	
Nombre:	
Fecha de hoy:	Fecha propuesta de entrada en vigencia:

Llame a su agente/corredor si tiene alguna pregunta	
Nombre del agente/corredor:	
Número de teléfono del agente/corredor:	Identificación del agente/corredor:

Si quiere tener una copia completa de su formulario de inscripción, llámenos al **1-800-562-6315 (TTY: 711)** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Recuerde que es posible que demoremos al menos 3 días hábiles para procesar su solicitud de inscripción.

Tendrá que proveer el número de seguimiento de su solicitud, ubicado al final de esta página.

Recordatorio: Su solicitud de inscripción es para un plan de **Medicare Advantage (Parte C)**. Estos planes:

- Reemplazan a Original Medicare, que es proporcionado por el Gobierno federal.
- Cubren todos los beneficios de la Parte A y la Parte B.
- No complementan su cobertura de Original Medicare como los planes complementarios de Medicare o Medigap.

Aetna Medicare es un plan HMO, PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato. Nuestros planes D-SNP también tienen contratos con los programas estatales de Medicaid. Las características y la disponibilidad de los planes pueden variar según el área de servicio. Aetna® y CVS Pharmacy® son parte de la familia de empresas CVS Health®.

Número de seguimiento de la solicitud: QS25

1 ___ / ___ / ___
MM / DD / HH