

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN LA PARTE B DE MEDICARE (SEGURO MÉDICO)

### ¿QUIÉNES PUEDEN UTILIZAR ESTA SOLICITUD?

**Personas con Medicare que tienen la Parte A (seguro de hospital), pero no la Parte B**

**NOTA:** Si **no** tiene la Parte A, **no** llene este formulario. Comuníquese con el Seguro Social si desea solicitar Medicare por primera vez.

### ¿CUÁNDO USAR ESTA SOLICITUD?

Use este formulario:

- Si se encuentra en su **IEP** y **rechazó la Parte B** o no se inscribió cuando solicitó Medicare, pero ahora quiere la Parte B.
- Si desea inscribirse en la Parte B durante el Período de Inscripción General (GEP) del 1 de enero al 31 de marzo de cada año.
- Si es elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP).
- Si se encuentra en su **Período de Inscripción Inicial (IEP)** y vive en **Puerto Rico**. Debe utilizar este formulario para inscribirse en la Parte B.

**NOTA:** El IEP dura 7 meses. Comienza 3 meses antes de que cumpla 65 años (o 25 meses de discapacidad) y finaliza 3 meses después de cumplir los 65 años (o 3 meses después del 25º mes de discapacidad).

### ¿QUÉ INFORMACIÓN NECESITA PARA LLENAR ESTA SOLICITUD?

**Necesitará:**

- Su número de Medicare.
- Su dirección y teléfono actuales

Usted tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como impreso en letras grandes, en Braille o en audio. También tiene derecho a presentar una queja si considera que se le ha discriminado.

Visite <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice>, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD:** El Seguro Social está autorizado a recopilar su información en virtud de los artículos 1836, 1840 y 1872 de la Ley del Seguro Social y sus modificaciones (42 U.S.C. 1395o, 1395s y 1395ii) para su inscripción en la Parte B de Medicare. El Seguro Social y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) necesitan su información para determinar si usted tiene derecho a la Parte B. Aunque no está obligado a proporcionar su información, el hecho de no facilitar toda o parte de la información solicitada en este formulario podría retrasar su solicitud de inscripción.

El Seguro Social y los CMS utilizarán su información para inscribirlo en la Parte B. Su información también puede ser utilizada para administrar los programas del Seguro Social o los CMS u otros programas que se coordinan con el Seguro Social o los CMS para:

1. Determinar sus derechos a los beneficios del Seguro Social y/o a la cobertura de Medicare.
2. Cumplir con las leyes federales que exigen registros del Seguro Social y los CMS (como a la Oficina de Responsabilidad Gubernamental y la Administración de Veteranos).
3. Ayudar en las actividades de investigación y auditoría necesarias para proteger la integridad y mejorar los programas del Seguro Social y los CMS (como a la Oficina del Censo y los contratistas del Seguro Social y los CMS). Podemos verificar su información utilizando coincidencias informáticas que ayuden a administrar los programas del Seguro Social y los CMS de conformidad con la Ley de Protección de la Privacidad y Coincidencias Informáticas de 1988 (P.L. 100-503).

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona estará obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1230. El tiempo necesario para completar esta información es de aproximadamente 15 minutos en promedio por respuesta, incluido 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 sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850. Según se autorice, podremos utilizar y divulgar esta información en programas de cotejo informático, en los que nuestros registros se comparan con otros para establecer o verificar la elegibilidad de una persona para programas de beneficios federales y para el reembolso de deudas incorrectas o morosas en virtud de estos programas.

### ¿CUÁL ES EL SIGUIENTE PASO?

Envíe la solicitud completada y firmada a la oficina local del Seguro Social. Si tiene alguna pregunta, llame al Seguro Social al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**.

### ¿CÓMO OBTENER AYUDA CON ESTA SOLICITUD?

- **Teléfono:** Llame al Seguro Social al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**.
- **En español:** Llame a SSA gratis al **1-800-772-1213** y oprima 2 si desea el servicio en español y espere a que le atienda un agente.
- **En persona:** La oficina local del Seguro Social. Para encontrar una oficina cerca de usted, consulte <https://www.ssa.gov/locator>.

### RECORDATORIOS

- Si se inscribe en la Parte B, deberá pagar la prima por cada mes que tenga la cobertura.
- Si se inscribe después de su IEP, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía (LEP) del 10% por cada período completo de 12 meses que no haya tenido la Parte B pero que era elegible para inscribirse. Es posible que tenga que pagar esta LEP mientras tenga cobertura de la Parte B.

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN LA PARTE B DE MEDICARE (SEGURO MÉDICO)

1. Su número de Medicare

2. Su nombre (apellido, nombre, segundo nombre)

3. Dirección postal (número y calle, apartado postal o ruta)

4. Ciudad

Estado

Código Postal

5. Número de teléfono (incluya el código de área)

(    )    -

6. ¿Desea inscribirse en la Parte B de Medicare (seguro médico)?

☐ Sí

7a. ¿Tiene actualmente (o ha tenido) cobertura en un plan de salud colectivo de su empresa o sindicato? (En caso afirmativo, pase al punto 7c.) ☐ Sí ☐ NO

7b. ¿Es actualmente (o fue) voluntario internacional de una organización sin fines de lucro que le proporciona o proporcionó cobertura médica? (En caso afirmativo, pase al punto 7c.) ☐ Sí ☐ NO

7c. Indique a continuación las fechas de empleo (o trabajo voluntario) y cobertura médica. (Escriba todas las fechas en formato MM/AAAA)

Fechas en las que usted (o su cónyuge) trabajó para el empleador que le proporcionó cobertura médica:

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

No ha finalizado ☐

Fechas de la cobertura médica del empleador (u organización sin fines de lucro):

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

No ha finalizado ☐

Fechas en las que trabajó como voluntario fuera de EE.UU.:

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

No ha finalizado ☐

8. ¿Le ha pedido o exigido un empleador, proveedor de seguro médico u otra entidad que se inscriba en la Parte B? (En caso afirmativo, explique cómo y por qué en la sección de Observaciones, e incluya comprobantes o documentación con este formulario). ☐ Sí ☐ NO

9. Observaciones:

10. Firma manuscrita (NO ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)

**FIRME AQUÍ**

11. Fecha de la firma

**SI ESTA SOLICITUD HA SIDO FIRMADA CON UNA MARCA O UNA (X), UN TESTIGO QUE CONOZCA AL SOLICITANTE DEBERÁ PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN QUE SE SOLICITA A CONTINUACIÓN.**

12. Firma del testigo

13. Fecha de la firma

14. Dirección del testigo (número y nombre de la calle, ciudad, estado, código postal)

## MENSAJE ESPECIAL PARA SOLICITANTES DE LA PARTE B

Este formulario es su solicitud para la Parte B de Medicare (seguro médico). Puede utilizar este formulario para inscribirse en la Parte B:

- Durante su Período de Inscripción Inicial (IEP) cuando sea elegible para Medicare por primera vez
- Durante el Período de Inscripción General (GEP) del 1 de enero al 31 de marzo de cada año
- Si es elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP).

### Período de Inscripción Inicial

Su IEP es la primera oportunidad que tiene de inscribirse en la Parte B. Dura 7 meses. Empieza 3 meses antes del mes en que usted cumple 65 años y termina 3 meses después de cumplirlos. Si tiene Medicare por discapacidad, su IEP comienza 3 meses antes del mes 25 de recibir los beneficios por discapacidad del Seguro Social y finaliza 3 meses después del mes 25 de recibir los beneficios por discapacidad del Seguro Social. Para que la cobertura de la Parte B comience el mes que cumple 65 años (o el mes 25 de recibir los beneficios del seguro de discapacidad), deberá inscribirse en los 3 primeros meses de su IEP. Si se inscribe en cualquiera de los 4 meses restantes, la cobertura de la Parte B comenzará posteriormente.

### Período de Inscripción General

Si no se inscribe en la Parte B durante su IEP, puede hacerlo durante el GEP. El GEP se extiende desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de cada año. Si se inscribe durante el GEP, su cobertura de la Parte B comenzará el mes siguiente al de su inscripción. Es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe durante el GEP. El costo de la prima de la Parte B aumentará un 10% por cada período de 12 meses en el cual podría haber tenido la Parte B, pero no se inscribió. Es posible que tenga que pagar esta multa por inscripción tardía mientras tenga cobertura de la Parte B.

### Período de Inscripción Especial

Si no se inscribe en la Parte B durante su IEP, puede inscribirse sin pagar multa por inscripción tardía durante un Período de Inscripción Especial (SEP). Si cree que puede ser elegible para un SEP, póngase en contacto con el Seguro Social llamando al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Puede aprovechar un SEP cuando haya finalizado su IEP. Los SEP más comunes se aplican a las personas mayores que trabajan, a personas con discapacidad y a los voluntarios internacionales.

#### *Personas mayores que trabajan o con discapacidad*

Tendrá un período de inscripción especial (SEP) si está cubierto por un plan de salud colectivo (GHP) basado en su empleo *actual*. Para aprovechar este período de inscripción especial, debe:

- Tener 65 años o más y estar empleado en la actualidad
- Ser cónyuge de una persona empleada y estar cubierto por el GHP de la empresa de su cónyuge en función de su empleo actual.
- Ser menor de 65 años, tener una discapacidad y estar cubierto por un GHP basado en su empleo actual o en el de su cónyuge.

Puede inscribirse en la Parte B en cualquier momento mientras tenga cobertura de un GHP basada en el empleo actual o durante los 8 meses siguientes a la finalización de la cobertura o del empleo, lo que ocurra primero. Si se inscribe mientras tiene cobertura de un GHP basado en el empleo actual o durante el primer mes completo en que ya no tenga esta cobertura, su cobertura de la Parte B comenzará el primer día del mes en que se inscriba. También puede elegir que su cobertura comience en cualquiera de los 3 meses siguientes. Si se inscribe durante cualquiera de los 7 meses restantes de su SEP, la cobertura de la Parte B comenzará el mes siguiente a su inscripción.

Además de esta solicitud, también tendrá que pedir a su empleador que llene y envíe el formulario "Solicitud de información sobre el empleo" (**CMS-L564/CMS-R-297**) con su solicitud.

**NOTA:** La cobertura COBRA o un plan de salud para jubilados no se considera cobertura de un plan de salud colectivo basado en el empleo actual.

#### *Voluntarios internacionales*

Tendrá un período de inscripción especial si trabajó como voluntario fuera de los Estados Unidos durante al menos 12 meses en una organización exenta de impuestos y tuvo un seguro médico (a través de la organización) que le proporcionaba cobertura mientras durara el servicio voluntario.

## INSTRUCCIONES PASO A PASO PARA LLENAR ESTA SOLICITUD

**1. Su número de Medicare:**

Escriba su número de Medicare.

**2. Nombre:**

Escriba su nombre tal como lo hizo cuando solicitó el Seguro Social o Medicare. Escriba su apellido, nombre y segundo nombre en ese orden. Si no tiene segundo nombre, deje el espacio en blanco.

**3. Dirección postal:**

Escriba su dirección postal completa, incluya el número y el nombre de la calle, el apartado postal o ruta en este campo.

**4. Ciudad, Estado y Código Postal:**

Escriba el nombre de la ciudad, el estado y el código postal de la dirección postal.

**5. Número de teléfono:**

Escriba su número de teléfono de 10 dígitos, incluido el código de área.

**6. ¿Desea inscribirse en la Parte B de Medicare (seguro médico)?**

Marque "Sí" en este campo si desea inscribirse en la Parte B de Medicare, que proporciona seguro médico dentro de las pautas de Medicare. Sólo puede inscribirse utilizando este formulario si ya tiene la Parte A de Medicare (seguro de hospital). Si su respuesta a esta pregunta es "NO", entonces no necesita llenar esta solicitud. Esta solicitud es para inscribirse y recibir el seguro médico de Medicare.

Si no tiene la Parte A y desea inscribirse, póngase en contacto con el Seguro Social llamando al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

**7a. ¿Tiene actualmente (o ha tenido) cobertura en un plan de salud colectivo de su empresa o sindicato? Seleccione una opción: Sí o NO.** En general, un plan de salud colectivo es aquel que ofrece una empresa u organización de trabajadores que proporciona cobertura médica a los empleados y sus familias. Si selecciona "Sí", conteste el punto 7c.

**7b. ¿Es actualmente (o fue) voluntario internacional de una organización sin fines de lucro y también tiene cobertura de salud proporcionada por dicha organización? Seleccione una opción: Sí o NO.** Para más información sobre los voluntarios internacionales, consulte la nota de la página 2. Si selecciona "Sí", conteste el punto 7c.

**7c. Indique las fechas de empleo (o trabajo voluntario) y cobertura médica:** Contesté este punto solo si respondió afirmativamente a los puntos 7a o 7b. Únicamente tiene que mencionar el trabajo y la cobertura médica que haya tenido desde que cumplió 65 años. Si respondió afirmativamente a la pregunta 7a, escriba información sobre la cobertura médica de su empresa (o la de su cónyuge). Indique las fechas en las que usted (o su cónyuge) trabajó para la empresa que le proporcionó la cobertura médica en la primera columna del cuadro, y las fechas en las que tuvo cobertura médica en la segunda columna del cuadro.

(7c. continuación)

Si respondió Sí a la pregunta 7b, escriba información sobre su cobertura médica mientras trabajaba como voluntario fuera de los EE.UU. Debe indicar tanto las fechas en las que trabajó como voluntario para la organización sin fines de lucro que le proporcionó cobertura médica en la tercera columna del cuadro, como las fechas en las que tuvo cobertura médica en la segunda columna del cuadro. Indique las fechas de inicio y fin de cada concepto. Si aún no ha finalizado, seleccione "NO HA FINALIZADO". Escriba todas las fechas en formato MM/AAAA. Si necesita más espacio, añada la información en el apartado Observaciones de la pregunta 9.

**8. ¿Tiene actualmente (o ha tenido) un empleador o entidad que le haya solicitado (o exigido) que se inscriba en la Parte B? Seleccione una opción: Sí o NO.** Si seleccionó Sí, indíquelo en el apartado de observaciones de la pregunta 9. Envíe la documentación junto con este formulario.

**9. Observaciones:**

Incluya cualquier observación o comentario en el formulario para aclarar la información sobre su solicitud de inscripción.

**10. Firma manuscrita:**

Firme con su nombre en esta sección del mismo modo que lo haría en cualquier otro documento oficial. No escriba con letra de imprenta. Si no sabe firmar, coloque una marca "X" en este campo. En este caso, necesitará un testigo y este deberá responder las preguntas 12, 13 y 14.

**11. Fecha de la firma:**

Indique la fecha en que firmó la solicitud.

**12. Firma del testigo:**

En caso de que en la pregunta 10 el solicitante firme con una "X" en lugar de hacerlo con su firma manuscrita, se necesita la firma de un testigo que demuestre que la persona que firma la solicitud es la persona representada en la solicitud.

**13. Fecha de la firma:**

Si un testigo firma esta solicitud, el testigo debe anotar la fecha de la firma.

**14. Dirección del testigo:**

Si un testigo firma esta solicitud, debe indicar la dirección del testigo.