

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA EL PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C) O PLAN DE MEDICAMENTOS BAJO PRESCRIPCIÓN DE MEDICARE (PARTE D)

### ¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que desean unirse a un plan Medicare Advantage o un plan de medicamentos bajo prescripción Medicare.

#### Para unirse a un plan, debe:

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

**Importante:** para inscribirse en un plan Medicare Advantage, debe tener:

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

### ¿Cuándo usar este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para una 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 plan

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

### ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección y teléfono permanentes

**Nota:** Debe completar todos los datos de la Sección 1. Los datos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938-NEW. 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 los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, 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 reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Liquidación de Informes de PRA. Cualquier artículo que obtengamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni remitirá al plan. Consulte "¿Qué sucede a continuación?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

### Recordatorio:

- Si desea unirse a un plan durante la 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 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 Retiro Ferroviario).

### ¿Qué pasa después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

#### Quartz Medicare Advantage (HMO)

840 Carolina Street  
Sauk City, WI 53590

Una vez que procesen su solicitud para unirse, se comunicarán con usted.

### ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Quartz Medicare Advantage al (800) 394-5566. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**En español:** Llame a Quartz Medicare Advantage al (800) 394-5566/TTY 711 o a Medicare sin ningún costo al (1-800-633-4227) y oprima el 2 para asistencia en español. Un representante estará disponible para asistirle.



**Quartz Medicare Advantage (HMO)**

840 Carolina Street, Sauk City, WI 53583  
Servicio al Cliente: (800) 394-5566

**Tipo de elección** (elegir una)

Fecha de Vigencia: \_\_\_\_\_

- Período de elección anual (AEP)
- Período de inscripción abierta desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2021
- Período de elección de cobertura inicial (ICEP)
- Calificación de calidad de 5 estrellas (SEP)
- Período de inscripción abierta para personas institucionalizadas (OEPI)
- Período de inscripción especial (completar la Declaración de SEP adjunta)

**PARA INSCRIBIRSE EN QUARTZ MEDICARE ADVANTAGE (HMO),  
LLENE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:**

**Su información personal**

Apellido:	Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:	
Fecha de Nacimiento: ( __ / __ / __ __ __ ) (Mes/Día/Año)	Sexo: __ M __ F	Número de Teléfono: (   )	Teléfono Alternativo: (   )
Número del Seguro Social:	Correo Electrónico (opcional):		

**Dirección de Residencia Permanente** (No se acepta un número de caja postal)

Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Condado:		

**Dirección de Correo Postal** (Si es diferente a la dirección de residencia permanente)

Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

## Indique su información del seguro de Medicare

Use su tarjeta roja, blanca o azul de Medicare para completar esta sección.

Escriba esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.

O

Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de la carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board).

Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare):  
\_\_\_\_\_

Número de Medicare: \_\_\_\_\_

Tiene derecho a:                      Fecha de Vigencia:

HOSPITALARIO (Parte A): \_\_\_\_\_

MÉDICO (Parte B): \_\_\_\_\_

Debe tener las Partes A y B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

## Solicito:

- |                          |                         |                 |                        |
|--------------------------|-------------------------|-----------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>Value</b>            | <b>\$20.00</b>  | prima mensual del plan |
| <input type="checkbox"/> | <b>Elite</b>            | <b>\$110.00</b> | prima mensual del plan |
| <input type="checkbox"/> | <b>Core D (con Rx)</b>  | <b>\$0.00</b>   | prima mensual del plan |
| <input type="checkbox"/> | <b>Value D (con Rx)</b> | <b>\$40.00</b>  | prima mensual del plan |
| <input type="checkbox"/> | <b>Elite D (con Rx)</b> | <b>\$143.00</b> | prima mensual del plan |

## Beneficio dental suplementario opcional

- Sí, quiero comprar la **opción de beneficio dental suplementario** por un adicional de **\$48.10 por mes**.

## ¿Quién es su médico de cabecera y en qué clínica se atiende usted? (Opcional)

Médico de cabecera (especifique):  
\_\_\_\_\_

Nombre de la clínica (especifique):  
\_\_\_\_\_

## ¿Cómo se enteró de Quartz Medicare Advantage?

- |                          |  |                          |                               |
|--------------------------|--|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Centro de Recursos para Adultos Mayores y Personas con Discapacidad (ADRC, siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> | Correo                        |
| <input type="checkbox"/> | Agente de seguros  | <input type="checkbox"/> | Periódico                     |
| <input type="checkbox"/> | Empleador  | <input type="checkbox"/> | Recomendación de un proveedor |
| <input type="checkbox"/> | Facebook   | <input type="checkbox"/> | Radio                         |
| <input type="checkbox"/> | Amigo/Pariente   | <input type="checkbox"/> | Televisión                    |
| <input type="checkbox"/> | Internet   |                          |                               |

**¿Idioma preferido?** (Hablado y escrito. Por favor elija uno)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inglés                    | <input type="checkbox"/> Español                     |
| <input type="checkbox"/> Hmong                     | <input type="checkbox"/> Alemán                      |
| <input type="checkbox"/> Chino                     | <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas americano |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |  |

**Raza:** Identificación de una persona con uno o más grupos sociales.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nativo(a) de América o Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático(a)                                 |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano(a)              | <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Hawái o las Islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Blanco                        | <input type="checkbox"/> No responde                                 |
| <input type="checkbox"/> No disponible                 |  |

**Etnicidad:** Características culturales compartidas, como el idioma, la ascendencia, las prácticas y las creencias. Para esta solicitud, la etnicidad se divide en dos categorías: Hispana(o)/Latina(o) y No Hispana(o)/Latina(O).

- |   |  |                                      |  |
|---|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hispano(a)/Latino(a) | <input type="checkbox"/> No Hispano(a)/Latino(a) | <input type="checkbox"/> No responde | <input type="checkbox"/> No disponible |
|---|--|--------------------------------------|--|

**¿Solicita el material para los miembros en otros formatos?**

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grabación de audio | <input type="checkbox"/> Letra grande |
|---|---------------------------------------|

**Para la coordinación de sus beneficios, responda las siguientes preguntas:**

- ¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como un hogar para adultos de la tercera edad?  Sí  No
- ¿Está inscrito en el programa Estatal Medicaid?  Sí  No
  - En caso afirmativo, proporcione su número de Medicaid: \_\_\_\_\_
- ¿Tiene seguro médico que no sea Medicare, por su cuenta o por medio de su cónyuge, como un seguro privado o compensación para trabajadores?  Sí  No
  - En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de su seguro? \_\_\_\_\_
  - Tipo de seguro:**  Grupo  Individual  Medicare Supl. Otro: \_\_\_\_\_
  - ¿Está usted o su cónyuge trabajando activamente?  Sí  No
  - Fecha de vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_ Tamaño del grupo de empleados:  1-19  +20
- ¿Conservará este seguro médico además de Quartz Medicare Advantage?  Sí  No
  - En caso negativo**, proporcione la fecha de finalización de la otra cobertura: \_\_\_\_\_

**Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluido un seguro privado, TRICARE, beneficios de salud para empleados federales, beneficios para veteranos, atención para personas mayores o programas estatales de asistencia farmacéutica.**

- ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos bajo prescripción además de Quartz Medicare Advantage?  Sí  No
  - En caso afirmativo**, nombre la otra cobertura de medicamentos: \_\_\_\_\_
  - # de cobertura: \_\_\_\_\_ # de grupo: \_\_\_\_\_

## Entendiendo su plan

Al marcar sus iniciales, certifica que ha leído y entendido las siguientes declaraciones. Debe aceptar todos estos términos para inscribirse en Quartz Medicare Advantage.

Iniciales

1. Debo tener Hospital (Parte A) o Médico (Parte B) para seguir inscrito en Quartz Medicare Advantage (HMO).
2. Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país; sin embargo, como miembro de Quartz Medicare Advantage, tengo cobertura en cualquier parte del mundo para servicios urgentes y de emergencia.
3. Debo obtener todos mis servicios en atención médica de los proveedores en la red de Quartz Medicare Advantage, excepto los servicios de urgencia, emergencia o servicios de diálisis fuera del área de cobertura. Se cubrirán los servicios autorizados por Quartz Medicare Advantage y otros servicios especificados en el documento de Evidencia de Cobertura. Sin autorización, **NI MEDICARE NI QUARTZ MEDICARE ADVANTAGE PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**
4. Los servicios de asesoramiento sobre el seguro complementario de Medicare u otras opciones de planes de Medicare Advantage o de medicamentos bajo prescripción, asistencia médica a través del programa estatal de Medicaid y el programa de ahorros de Medicare, pueden estar disponibles en mi estado.
5. Reconozco que se me notificó, con anticipación, que hablaría sobre Quartz Medicare Advantage, con y sin cobertura de medicamentos bajo prescripción, con el representante de ventas.
6. Al unirme a este plan Quartz Medicare Advantage o al plan de medicamentos bajo prescripción de Medicare, reconozco que Quartz Medicare Advantage compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear 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 en la página 6).
7. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
8. La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
9. Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta aplicación significa que he leído y comprendido el contenido de la aplicación. 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) La documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Medicare.

## Pagando la prima de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga o deba actualmente) mediante talonario de cupones o deducción automática de cuenta corriente o de ahorros. También puede optar por pagar su prima mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) cada mes. Si se le aplica un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (IRMAA), la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Se le retendrá la cantidad de su cheque de beneficios del Seguro Social o se le facturará directamente por medio de Medicare o RRB. NO pague a Quartz Medicare Advantage la Parte D-IRMAA.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos bajo prescripción. Si califica, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos bajo prescripción, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, aquellos que califiquen no estarán sujetos al período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar ayuda

adicional en línea en [socialsecurity.gov/prescriptionhelp](https://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si califica para recibir ayuda adicional con los costos de la cobertura de medicamentos bajo prescripción de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos la cantidad que Medicare no cubre. Si no selecciona una opción de pago, recibirá un talonario de cupones.

## Elija una opción para el pago de las primas

**Deducción automática: cuenta corriente o de ahorros**  
(complete el formulario de autorización de pago automático)

- Al seleccionar esta opción, autorizo a Quartz Medicare Advantage (HMO) a iniciar transferencias de fondos electrónicas desde mi cuenta bancaria, el cuarto día hábil del mes, por el pago de la prima de mi plan. Además, autorizo al banco a debitar mi cuenta bancaria en el cuarto día hábil del mes.
- Me doy cuenta de que mi banco no tendrá la obligación de proporcionarme ningún consejo especial o notificación del pago de dicha transacción, que no sea mi extracto bancario mensual. Entiendo que la transferencia electrónica comenzará aproximadamente 30 días después de enviar esta solicitud. La fecha de vigencia será la fecha que se muestra en la confirmación por escrito que recibiré de Quartz Medicare Advantage.
- Entiendo que, si por alguna razón los fondos no están disponibles para retiro en la cuenta que se indica en este formulario, Quartz Medicare Advantage se reserva el derecho de cambiar mi método de facturación a facturación directa enviándome un talonario de cupones y exigir que mis pagos se realicen mediante cheque o giro postal.

**Deducción automática: cheque mensual de beneficios del Seguro Social.**

**Deducción automática: cheque mensual de beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario.**

- La deducción del Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario puede tardar dos o más meses en comenzar. Le enviaremos una carta de confirmación con la fecha de vigencia de esta deducción. Usted es responsable por el pago antes de la fecha de vigencia de esta deducción automática.
- Si la Junta de Jubilación del Seguro Social/Ferroviario no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos un talonario de cupones para sus primas mensuales.

**Haré mis propios pagos: pagos mensuales o recurrentes.**

- Seleccione esta opción si elige pagar con un cheque, tarjeta de crédito o pagos electrónicos desde su cuenta corriente o de ahorros que usted inicia de forma mensual o recurrente. *Nota: Recibirá un talonario de cupones anual con esta opción. Puede enviar el pago mediante cheque o giro postal utilizando el talonario de cupones.*

## Complete esta sección si elige la deducción automática de su cuenta corriente

Nombre de su banco:

Corriente

Ahorros

Número de ruta:

Número de cuenta:

Diagrama de un talonario de cheque con los siguientes campos y anotaciones:

- Topo: Your Name, Your Address, 01/02, 123, 12-34/1234
- Fecha: \_\_\_\_\_ 20\_\_
- PAY TO THE ORDER OF: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ DOLLARS
- Your Bank Name: \_\_\_\_\_
- FOR: \_\_\_\_\_
- Bottom: **1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3**

Las anotaciones indican:

- # de Ruta: los dígitos 1-9 del primer grupo.
- # de Cuenta: los dígitos 1-9 del segundo grupo.
- # de Cheque: los dígitos 0-9 del tercer grupo.



## Lea esta información importante

**Si es miembro de un plan Medicare Advantage** (como un HMO o PPO), es posible que ya tenga una cobertura de medicamentos bajo prescripción de su plan Medicare Advantage que cubra sus necesidades. Al unirse a Quartz Medicare Advantage, su membresía en su plan Medicare Advantage puede finalizar. Esto afectará la cobertura de su médica y hospitalaria, así como su cobertura de medicamentos bajo prescripción. Lea la información que le envía su plan Medicare Advantage y si tiene preguntas, comuníquese con su plan Medicare Advantage.

**Si actualmente tiene cobertura médica de un empleador o sindicato, unirse a Quartz Medicare Advantage podría afectar estos beneficios, podría perder la cobertura si se inscribe en Quartz Medicare Advantage.** Lea las comunicaciones que le envíe su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite la página web o comuníquese con la oficina que figura en sus comunicaciones. Si no hay información sobre a quién contactar, el administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudar.

### Divulgación de la información

---

Al unirme a este plan de salud o de medicamentos bajo prescripción de Medicare, reconozco que Quartz Medicare Advantage divulgará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. También reconozco que Quartz Medicare Advantage divulgará mi información, incluidos los datos de eventos de medicamentos bajo prescripción, a Medi-care, quien puede divulgarla con fines de investigación y otros fines, que cumplen con todos los estatutos y regulaciones federales aplicables. La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de la misma. Si la firma una persona autorizada (como se describe arriba), esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y 2) la documentación de esta autoridad está disponible si Quartz Medicare Advantage o Medicare, la solicita.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Si es usted el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información.** Se requiere un formulario de poder notarial o de poder financiero completo para completar la solicitud. Inclúyalo con la solicitud y envíelo por correo con todos los documentos a la dirección que se indica en la página siguiente.

---

Apellido:

Nombre:

Inicial 2<sup>do</sup> Nombre:

---

Dirección:

---

Relación con el afiliado:

Número de Teléfono:

---

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para rastrear la inscripción de los beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o Planes de medicamentos bajo prescripción (PDP), 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 beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicamentos bajo prescripción de Medicare Advantage (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

## Agent Use Only (Solo para uso del agente)

- I understand that I must complete and retain a Scope of Appointment for all sales for the required period of 10 years. I do not need to submit a copy of the Scope of Appointment to Quartz, but Quartz may request a copy of any Scope of Appointment associated with an application, at any time. I understand that I am required to respond timely and cooperate with any requests and disciplinary action, including non-compensation, will be taken if I cannot produce a valid Scope of Appointment.

Name of Staff Member/Agent/Broker (if assisted in enrollment):

Additional Comments:

### ENVIAR ESTA SOLICITUD A:

Quartz Medicare Advantage  
840 Carolina Street  
Sauk City, WI 53583

**Servicio al Cliente: (800) 394-5566.**

Las personas con dificultades auditivas,  
deben llamar al **TTY 711**.

## Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

(Completar solo si se inscribe usando la elección de SEP).

Por lo general, 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. Además, algunas excepciones pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera del período de inscripción anual.

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla que aplica para usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un Período de inscripción. Si posteriormente 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).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o cambié de residencia, y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé en (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente fui liberado del encarcelamiento. Me liberaron en (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente obtuve el estatus de residencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente tuve un cambio en mi Extra Help para pagar la cobertura de medicamentos bajo prescripción de Medicare (recibí Extra Help, tuve un cambio en el nivel de Extra Help o perdí Extra Help) el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Extra Help para pagar mi cobertura de medicamentos bajo prescripción de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me estoy mudando, vivo o recientemente me mudé de un Centro de atención a largo plazo o a un hogar para adultos de la tercera edad. Me mudé/me mudaré dentro/fuera de la instalación el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente dejé un programa PACE el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos bajo prescripción (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Dejaré la cobertura del empleador o del sindicato el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- Mi plan está terminando con Medicare o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP) pero perdí las calificaciones requeridas para estar en ese plan. Me dieron de baja del SNP el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre mayor, según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA). Una de las otras declaraciones aquí se aplica a mí, pero no pude hacer mi inscripción debido al desastre natural.

**Si estas declaraciones no aplican a su caso o no está seguro, llame a Servicio al Cliente al (800) 394-5566 (TTY 711) para ver si es elegible para inscribirse. Puede llamar de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.**

## AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Quartz Medicare Advantage (HMO) es el nombre comercial que opera bajo las entidades de Quartz Health Plan Corporation y Quartz Health Plan MN Corporation. Estas empresas son entidades legales independientes. En este aviso, "nosotros" se refiere a estas empresas. Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

- Brindamos asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como –
  - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Brindamos servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como –
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al **(800) 362-3310**.

Si cree que no hemos brindado estos servicios o que lo discriminamos de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante –

**Kristie Meier, Compliance Officer; 840 Carolina Street, Sauk City, WI 53583**

**Teléfono: (800) 362-3310; TTY: 711 o a la línea gratuita (800) 877-8973; Fax: (608) 644-3500**

**Correo electrónico: [AppealsSpecialists@QuartzBenefits.com](mailto:AppealsSpecialists@QuartzBenefits.com)**

Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Kristie Meier, Oficial de Cumplimiento, está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf), por correo o teléfono al –

**U.S. Department of Health and Human Services**

**200 Independence Avenue, SW**

**Room 509F HHH Building**

**Washington, D.C. 20201**

**(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD)**

Los formularios de quejas están disponibles en [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

# Multi-Language Insert

## Multi-Language Interpreter Services

**Spanish:** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-394-5566 (TTY: 711).

**Hmong:** LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-394-5566 (TTY: 711).

**Chinese:** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-394-5566 (TTY: 711)。

**German:** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-394-5566 (TTY: 711).

**Arabic:** ملاحظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة من أجلك، يُرجى الاتصال على الرقم 1-800-394-5566 (TTY: 711).

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-394-5566 (телетайп: 711).

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-394-5566 (711) 번으로 전화해 주십시오.

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-394-5566 (TTY: 711).

**Pennsylvania Dutch:** Wann du [Deutsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-800-394-5566 (TTY: 711).

**Laotian:** ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-394-5566 (TTY: 711).

**French:** ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-394-5566 (ATS: 711).

**Amharic:** ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶቻችን በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-394-5566 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

**Hindi:** ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-394-5566 (TTY: 711) पर कॉल करें।

**Serbo-Croatian:** OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-394-5566 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-394-5566 (TTY: 711).

GH00451 (0820)

Y0092\_20 122\_C