

# Formulario de solicitud de inscripción individual en un plan Medicare Advantage (Parte C) o en un plan de Medicare para medicamentos bajo prescripción (Parte D)

## ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas que tengan Medicare y quieran inscribirse en un plan Medicare Advantage o en un plan de Medicare para medicamentos bajo prescripción.

**Para inscribirse en un plan, usted debe:**

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

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

- ▶ La Parte A de Medicare (seguro de hospital).
- ▶ La Parte B de Medicare (seguro médico).

## ¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- ▶ Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre todos los años (para que la cobertura comience el 1 de enero).
- ▶ En un plazo de 3 meses después de recibir Medicare por primera vez.
- ▶ En algunas situaciones en las que le permitan inscribirse en un plan o cambiar de plan.
- ▶ Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

## ¿Qué necesito para completar este formulario?

- ▶ Su número de Medicare (el número de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).
- ▶ Su dirección permanente y número de teléfono.

**Nota:** Debe completar todos los puntos de la Sección 1.

Los puntos de la Sección 2 son opcionales; no le pueden denegar la cobertura si no los completa.

## Recordatorios:

- ▶ Si quiere inscribirse en un plan en la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), debe enviar su formulario completo al plan antes del 7 de diciembre.
- ▶ Su plan le enviará una factura de la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que los pagos de las primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

## ¿Qué sucederá ahora?

Envíe su formulario completo y firmado a:

**Quartz Medicare Advantage (HMO)**

840 Carolina Street

Sauk City, WI 53590

Cuando procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

## ¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Quartz Medicare Advantage al **(800) 394-5566**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**. También puede llamar 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) 394-5566/711 (TTY)** o a Medicare gratis al **(1-800-633-4227)** y oprima el 2 para recibir ayuda en español; un representante estará disponible para ayudarlo.

Según la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que en ella figure 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-NEW. El tiempo aproximado necesario para completar esta información es de 20 minutos por respuesta en promedio, incluyendo el tiempo para leer las instrucciones, buscar recursos de información actuales, recoger la información necesaria, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión del tiempo aproximado o si tiene alguna sugerencia 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 elemento con su información personal (como reclamos, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Todo lo que recibamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (como se indica en OMB 0938-1378) se destruirá. No se conservará, revisará ni remitirá al plan. Consulte la sección "¿Qué sucederá ahora?" de esta página para enviar su formulario completo al plan.

# Solicitud de inscripción para 2022

Vigente desde el: \_\_\_\_\_

## TIPO DE ELECCIÓN (MARQUE UNA).

- Período de elección anual (AEP), del 15 de octubre al 7 de diciembre de 2021
- Período de inscripción abierta, del 1 de enero al 31 de marzo de 2022
- Período de elección de cobertura inicial (ICEP)
- Período de inscripción especial (SEP) para planes con calificación de calidad de 5 estrellas, del 8 de diciembre de 2021 al 30 de noviembre de 2022
- Período de inscripción abierta para personas institucionalizadas (OEPI)
- Período de inscripción especial (complete la Declaración de SEP adjunta)

Para inscribirse en Quartz Medicare Advantage (HMO), incluya la siguiente información:

## SU INFORMACIÓN PERSONAL

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	Sexo:	Número de teléfono particular:	Número de teléfono alternativo:		

Dirección de correo electrónico (opcional):

## DOMICILIO PERMANENTE (NO SE PERMITE UNA CASILLA POSTAL).

Dirección:

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

Condado:

## DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA (SOLO SI ES DISTINTA DE SU DOMICILIO PERMANENTE).

Dirección:

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

**INCLUYA LA INFORMACIÓN DE SU SEGURO DE MEDICARE**

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

Complete esta información 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.

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare):

Número de Medicare:

Tiene derecho a:

Vigente desde el:

SEGURO DE HOSPITAL  
(Parte A):

SEGURO MÉDICO (Parte B):

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

**SOLICITO:**

- Value** (sin cobertura para medicamentos bajo prescripción)      **\$0.00** de prima mensual del plan
- Elite** (sin cobertura para medicamentos bajo prescripción)      **\$50.00** de prima mensual del plan
- Core D** (con cobertura para medicamentos bajo prescripción)      **\$0.00** de prima mensual del plan
- Value D** (con cobertura para medicamentos bajo prescripción)      **\$51.00** de prima mensual del plan
- Elite D** (con cobertura para medicamentos bajo prescripción)      **\$101.00** de prima mensual del plan

**BENEFICIO DENTAL COMPLEMENTARIO OPCIONAL**

- Sí, quiero contratar la **opción de beneficio dental complementario** por un extra de **\$48.10 al mes.**

**¿QUIÉN ES SU MÉDICO DE CABECERA Y EN QUÉ CLÍNICA RECIBE ATENCIÓN?  
(OPCIONAL)**

Médico de cabecera (especifique):

Nombre de la clínica (especifique):

**¿CÓMO SE ENTERÓ DE QUARTZ MEDICARE ADVANTAGE?**

- Agente/Corredor
- Centro de Recursos para Adultos Mayores y Personas con Discapacidad (ADRC)
- Empleador
- Facebook
- Amigo/Pariente
- Internet
- Correo
- Periódico
- Remisión de un proveedor
- Radio
- Televisión

**¿IDIOMA PREFERIDO? (Hablado y escrito. Marque uno).**

- Chino
- Inglés
- Alemán
- Hmong
- Español
- Lenguaje de señas americano
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**RAZA:** definida como la identificación de una persona con uno o más grupos sociales.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska          | <input type="checkbox"/> Blanco               |
| <input type="checkbox"/> Asiático                                    | <input type="checkbox"/> Se niega a responder |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano                       | <input type="checkbox"/> No disponible        |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico |   |

**ETNIA:**

se refiere a características culturales compartidas, como el idioma, la ascendencia, las prácticas y las creencias. Para esta solicitud, la etnia se divide en dos categorías: hispano o latino y ni hispano ni latino.

- Hispano o latino       Ni hispano ni latino       Se niega a responder       No disponible

**¿SOLICITA EL MATERIAL PARA MIEMBROS EN OTROS FORMATOS?**

- Grabación de audio       Letra grande

**RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PARA AYUDAR A MEDICARE A COORDINAR SUS BENEFICIOS:**

1. ¿Es usted residente de un centro de atención a largo plazo, como una residencia a atención a largo plazo?  
 Sí  No
2. ¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su estado?  
 Sí  No
  - Si respondió "sí", indique su número de Medicaid: \_\_\_\_\_
3. ¿Tiene, por cuenta propia o mediante su cónyuge, algún seguro médico o de salud que no sea Medicare, como un seguro privado o de compensación a trabajadores?  
 Sí  No
  - Si respondió "sí", ¿cómo se llama su seguro? \_\_\_\_\_
  - Tipo de seguro:  Colectivo  Individual  Complementario de Medicare  Otro: \_\_\_\_\_
  - ¿Trabajan activamente usted o su cónyuge?  Sí  No
  - Fecha de entrada en vigor de la cobertura: \_\_\_\_\_  
Tamaño del grupo del empleador:  1-19  Más de 20
4. ¿Conservará este seguro médico además de Quartz Medicare Advantage?  
 Sí  No
  - Si respondió "no", indique la fecha de finalización de la otra cobertura: \_\_\_\_\_

**Algunas personas pueden tener otra cobertura para medicamentos, incluyendo otro seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios médicos para empleados, beneficios de Asuntos de Veteranos (VA), Senior Care o programas estatales de asistencia farmacéutica.**

5. ¿Tendrá otra cobertura para medicamentos bajo prescripción además de Quartz Medicare Advantage?  
 Sí  No
  - Si respondió "sí", indique el nombre de la otra cobertura para medicamentos: \_\_\_\_\_
  - N.º de id. de la cobertura para medicamentos: \_\_\_\_\_
  - N.º de grupo de la cobertura para medicamentos: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE SU PLAN

Poniendo sus iniciales a la derecha, usted certifica que leyó y que entiende todas las declaraciones de abajo. Debe aceptar todos estos términos para inscribirse en Quartz Medicare Advantage.

Iniciales \_\_\_\_\_

1. Debo mantener el seguro de hospital (Parte A) y el seguro médico (Parte B) para seguir inscrito en Quartz Medicare Advantage (HMO).
2. Entiendo que las personas que tienen Medicare no suelen tener cobertura de Medicare cuando están fuera del país; sin embargo, como miembro de Quartz Medicare Advantage, tengo cobertura en cualquier parte del mundo para servicios de urgencia y de emergencia.
3. Debo recibir todos mis servicios de atención médica de los proveedores de la red de Quartz Medicare Advantage, salvo los servicios de urgencia o de emergencia o los servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios autorizados por Quartz Medicare Advantage y otros servicios incluidos en mi documento de Evidencia de cobertura. Sin autorización, **NI MEDICARE NI QUARTZ MEDICARE ADVANTAGE PAGARÁN LOS SERVICIOS.**
4. Puede haber servicios de orientación en mi estado para aconsejarme sobre el seguro complementario de Medicare u otras opciones de planes Medicare Advantage o de medicamentos bajo prescripción, sobre ayuda médica mediante el programa de Medicaid del estado y sobre el programa de ahorros de Medicare.
5. Confirmando que me informaron con anticipación de que hablaría de Quartz Medicare Advantage (con y sin cobertura para medicamentos bajo prescripción) con un representante de ventas.
6. Inscribiéndome en este plan Quartz Medicare Advantage o en este plan de Medicare para medicamentos bajo prescripción, confirmo que Quartz Medicare Advantage compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción para 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 7).
7. Entiendo que, si no tengo cobertura de Medicare para medicamentos bajo prescripción u otra cobertura acreditable para medicamentos bajo prescripción (del mismo nivel que la de Medicare), es posible que en el futuro deba pagar una multa por inscripción tardía además de mi prima de la cobertura de Medicare para medicamentos bajo prescripción.
8. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, su inscripción en el plan podría verse afectada.
9. La información incluida en este formulario de inscripción es correcta hasta donde yo sé. Entiendo que, si presento intencionalmente información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
10. Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que leí y que entiendo el contenido de esta solicitud. Si firma un representante autorizado (según se explica arriba), dicha firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por las leyes del estado a completar esta inscripción; y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Medicare.

## CÓMO PAGAR SU PRIMA DEL PLAN

Usted puede pagar su prima mensual del plan (incluyendo las multas por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda adeudar) mediante una deducción automática de su cuenta corriente o de su cuenta de ahorros. También puede elegir pagar su prima mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) cada mes. Si le aplican una Cantidad de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) de la Parte D, recibirá un aviso de la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar esa cantidad extra, además de su prima del plan. Le retendrán esa cantidad del cheque de beneficios del Seguro Social, o Medicare o la RRB se la cobrará directamente. NO pague a Quartz Medicare Advantage la IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos bajo prescripción. Si usted califica, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales de los medicamentos bajo prescripción, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, las personas que califiquen no estarán sujetas 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 la 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 [socialsecurity.gov/prescriptionhelp](https://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si usted califica para recibir Ayuda Adicional para los costos de la cobertura de Medicare para medicamentos bajo prescripción, Medicare pagará la totalidad o parte de su prima del plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le cobraremos la cantidad que Medicare no cubra. Si no elige una opción de pago, recibirá una factura.

## ELIJA UNA OPCIÓN PARA EL PAGO DE LA PRIMA

- Deducción automática de su cuenta de ahorros o cuenta corriente**  
(Complete el Formulario de autorización de pago automático).
- Eligiendo esta opción, autorizo que Quartz Medicare Advantage (HMO) inicie transferencias electrónicas de fondos desde mi cuenta bancaria el cuarto día laboral del mes para el pago de mi prima del plan. También autorizo que el banco haga el débito de mi cuenta bancaria aproximadamente el cuarto día laboral del mes.
  - Entiendo que mi banco no tiene ninguna obligación de enviarme un aviso o notificación especial del pago de este tipo de transacciones, excepto mi estado de cuenta mensual. Entiendo que las transferencias electrónicas de fondos comenzarán aproximadamente 30 días después de presentar esta solicitud. La fecha de entrada en vigor será la fecha indicada en la confirmación por escrito que recibiré de Quartz Medicare Advantage.
  - Entiendo que, si por algún motivo no hay fondos suficientes para hacer la deducción de la cuenta indicada en este formulario, Quartz Medicare Advantage se reserva el derecho de cambiar mi método de facturación a la facturación directa enviándome una factura y exigiendo que los pagos se hagan con cheque o giro postal.
- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social**
- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios**
- El inicio de la deducción del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios puede tardar dos meses o más.
  - Le enviaremos una carta de confirmación con la fecha de entrada en vigor de esta deducción. Usted es responsable del pago antes de la fecha de entrada en vigor de esta deducción automática.
  - Si el Seguro Social/la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura de sus primas mensuales.
- Haré mis propios pagos mensuales o recurrentes**
- Elija esta opción si quiere pagar con cheque, tarjeta de crédito o pagos electrónicos desde su cuenta de ahorros o su cuenta corriente iniciados por usted mensualmente o de forma recurrente. Nota: Recibirá una factura si elige esta opción. Puede hacer los pagos con cheque o giro postal usando la factura.

COMPLETE ESTA SECCIÓN SI ELIGE LA DEDUCCIÓN AUTOMÁTICA DE SU CUENTA BANCARIA

Nombre de su banco:

Número de ruta:

Número de cuenta:

Cuenta corriente  Cuenta de ahorros

The diagram shows a check with the following fields:
 

- Your Name: 01/02
- Your Address: \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ 12-34/1234
- 123
- PAY TO THE ORDER OF: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ DOLLARS
- Your Bank Name: \_\_\_\_\_
- FOR: \_\_\_\_\_
- Routing number: 123456789
- Account number: 1234567899
- Check number: 0123

Número de ruta                      Número de cheque  
Número de cuenta

LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE

Si usted es miembro de un plan Medicare Advantage (como una HMO o una PPO), es posible que ya tenga una cobertura de su plan Medicare Advantage para medicamentos bajo prescripción que cubrirá sus necesidades. Si se inscribe en Quartz Medicare Advantage, su membresía en el plan Medicare Advantage podría cancelarse. Esto afectará a su cobertura médica y de hospital y a su cobertura para medicamentos bajo prescripción. Lea la información que le envíe su plan Medicare Advantage y, si tiene preguntas, comuníquese con ellos.

Si usted tiene actualmente cobertura médica de un empleador o sindicato, inscribirse en Quartz Medicare Advantage podría afectar a los beneficios médicos que recibe de ellos. Podría perder la cobertura médica de su empleador o sindicato si se inscribe en Quartz Medicare Advantage. Lea los comunicados que le envíe su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su página web o comuníquese con la oficina que se indica en sus comunicados. Si no se indica con quién debe comunicarse, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarlo.

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

Inscribiéndome en este plan de salud de Medicare o en este plan de Medicare para medicamentos bajo prescripción, confirmo que Quartz Medicare Advantage revelará mi información a Medicare y a otros planes, según sea necesario para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. También confirmo que Quartz Medicare Advantage revelará mi información, incluyendo mis datos sobre costos y pagos de medicamentos bajo prescripción, a Medicare, que podrá revelarla para investigaciones y otros fines que respeten todas las leyes y reglamentos federales aplicables. La información incluida en este formulario de inscripción es correcta hasta donde yo sé. Entiendo que, si presento intencionalmente información falsa 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 leí y que entiendo el contenido de esta solicitud. Si firma una persona autorizada (según se explica arriba), dicha firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por las leyes del estado a completar esta inscripción; y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Quartz Medicare Advantage o Medicare.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba e incluir la siguiente información. Se exige un formulario de poder financiero completado para completar la solicitud. Inclúyalo en la solicitud y envíe todos los documentos por correo a la dirección indicada abajo.**

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
-----------	---------	-----------------------------

Dirección:

Relación con el afiliado:	Número de teléfono:
---------------------------	---------------------

**SOLO PARA USO DEL AGENTE**

Entiendo que debo completar y conservar un Alcance de la cita para todas las ventas durante un período obligatorio de 10 años. No es necesario que presente una copia del Alcance de la cita a Quartz, pero Quartz podrá solicitar una copia de cualquier Alcance de la cita asociado a una solicitud en cualquier momento. Entiendo que debo responder de manera oportuna y cooperar con cualquier solicitud. Podrán tomarse medidas disciplinarias, incluyendo la falta de compensación, si no puedo presentar un Alcance de la cita válido.

Nombre del miembro del personal/agente/corredor (si ayudaron con la inscripción):

Otros comentarios:

**ENVÍE ESTA SOLICITUD A:**  
**Quartz Medicare Advantage**  
**840 Carolina Street**  
**Sauk City, WI 53583**

**O por correo electrónico a: [MedicareAdvantage@QuartzBenefits.com](mailto:MedicareAdvantage@QuartzBenefits.com)**

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

Las personas sordas o con discapacidad auditiva o del habla **deben llamar al 711 (TTY).**

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Del 1 de octubre al 31 de marzo, todos los días, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recogen información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en planes Medicare Advantage (MA) o en planes para medicamentos bajo prescripción (PDP), para 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 los artículos 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR) autorizan que se recoja esta información. Los CMS pueden usar, revelar e intercambiar información de la inscripción de los beneficiarios de Medicare, según se especifica en el Aviso del sistema de registros (SORN) "Plan Medicare Advantage para medicamentos bajo prescripción (MARx)", sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, su inscripción en el plan podría verse afectada.



Completar solo si se inscribe usando la elección de SEP.

## DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN

Por lo general, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solamente en el período de inscripción anual (AEP), del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Sin embargo, en algunas circunstancias excepcionales, es posible que pueda inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera del AEP. Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla al lado de la declaración que se aplique en su caso. Marcando cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, hasta donde usted sabe, es elegible para un período de inscripción. Si, más adelante, determinamos que esta información es incorrecta, podemos cancelar su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Tengo actualmente un plan de Medicare y quiero inscribirme durante el SEP para planes con calificación de calidad de 5 estrellas en este plan Medicare Advantage de 5 estrellas el mismo año de mi inscripción. Puedo usar este SEP solo una vez al año. Las fechas de entrada en vigor son el primer día del mes, del 1 de enero al 1 de diciembre, durante el año de la calificación de 5 estrellas del plan.
- Me mudé recientemente fuera del área de servicio de mi plan vigente, o me mudé hace poco y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente me pusieron en libertad. Quedé en libertad el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir de manera permanente fuera del país. Regresé a los EE. UU. el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente obtuve la residencia legal en los Estados Unidos. Obtuve la residencia el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente tuve un cambio en mi plan de Medicaid (obtuve Medicaid hace poco, tuve un cambio en el nivel de ayuda de Medicaid o perdí Medicaid) el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de Medicare para medicamentos bajo prescripción (comencé a recibir Ayuda Adicional hace poco, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para mi cobertura de Medicare para medicamentos bajo prescripción, pero no he tenido ningún cambio.
- Me mudaré a un centro de atención a largo plazo, vivo en una residencia de este tipo o recientemente me mudé de esta (por ejemplo, una residencia o un centro de atención a largo plazo). Me mudé al centro/me mudaré del centro el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente abandoné un Programa de atención integral para adultos mayores (PACE) el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente perdí de manera involuntaria mi cobertura acreditable para medicamentos bajo prescripción (cobertura del mismo nivel que la de Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Abandonaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Participo en un programa de asistencia farmacéutica del estado.
- Mi plan finalizará el contrato que tiene con Medicare, o Medicare finalizará el contrato que tiene con mi plan.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir otro plan. Mi inscripción en ese plan comenzó el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Me inscribieron en un Plan de necesidades especiales (SNP), pero perdí la calificación de necesidad especial requerida para ese plan. Cancelaron mi inscripción en el SNP el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Me vi afectado por una emergencia meteorológica o una gran catástrofe, según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA). Una de las otras declaraciones que aquí se indican se aplica en mi caso, pero no pude inscribirme por la catástrofe natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica en su caso o si no está seguro de si es elegible para inscribirse, llame a la línea de Atención al Cliente al **(800) 394-5566** o al **711 (TTY)**.

## NOTICE OF NONDISCRIMINATION

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 separadas. En este aviso, "nosotros" se refiere a estas empresas. Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

- ▶ Proporcionamos asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, por ejemplo:
  - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- ▶ Ofrecemos servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

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

Si considera que no le proporcionamos estos servicios o lo discriminamos de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo con:

**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 el reclamo en persona, correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Kristie Meier, Compliance Officer, estará a su disposición para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) en la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) de manera electrónica a través del portal de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf), por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

**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)**

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://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 እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚክተለው 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).