

## Formulario de solicitud de cobertura individual de medicamentos con receta de Medicare 2026

### ¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean solicitar una cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

#### Para solicitar una cobertura, tiene que cumplir los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los Estados Unidos.
- Vivir en el área de servicio de cobertura.

**Importante:** Para inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, también tiene que contar con lo siguiente:

- la Parte A de Medicare (seguro hospitalario);
- la Parte B de Medicare (seguro médico).

### ¿Cuándo uso este formulario?

Puede solicitar una cobertura:

- del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de enero);
- dentro de los tres meses de haber recibido Medicare por primera vez;
- en ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de cobertura.

Visite **Medicare.gov** para obtener más información sobre cuándo puede solicitar una cobertura.

### ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).
- La dirección de su residencia permanente (no ingrese un apartado postal, a menos que no tenga hogar) y su número de teléfono.

**Aviso:** Tiene que completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo (PRA, en inglés) de 1995, ninguna persona está obligada a responder una solicitud de información a menos que se exhiba el número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, en inglés). El número de control válido de la OMB para esta solicitud de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes y obtener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios relacionados con la precisión de los tiempos estimativos 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 reclamaciones, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Se destruirán todos los artículos que recibamos que no sean sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recolección (descritos en OMB 0938-1378). No se conservará, revisará ni enviará a la cobertura. Vea “¿Qué sucede después?” en esta página para enviar su formulario completado a la cobertura.

### Recordatorios:

- Si desea solicitar una cobertura durante el período de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), la aseguradora tiene que obtener su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Le enviaremos una factura por la prima de la cobertura. 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 [RRB, en inglés]).

### ¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completado y firmado a  
**HealthSpring Medicare Prescription Drug Plans**  
**P.O. Box 269005**

**Weston, FL 33326-9927**

O envíelo por fax a este número: **1-800-735-1469**.

Una vez que procesemos su solicitud de cobertura, nos comunicaremos con usted.

Llame a HealthSpring al **1-877-534-0199**.

Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

### ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

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 HealthSpring al **1-877-534-0199/TTY 711** o a Medicare gratis al **1-800-633-4227** y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

### Personas sin hogar

Si desea solicitar una cobertura, pero no tiene residencia permanente, el uso de un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (p. ej., cheques del Seguro Social) puede considerarse como su dirección de residencia permanente.

**Sección 1: Todos los campos de esta página son obligatorios  
(a menos que estén marcados como opcionales)**

Para solicitar la cobertura de medicamentos con receta de HealthSpring Medicare,  
proporcione la siguiente información:

**Marque la cobertura  
que desea solicitar:**

☐ **HealthSpring Extra Rx (PDP)**

☐ **HealthSpring Assurance Rx (PDP)**

APELLIDO:

NOMBRE:

Inicial del segundo  
nombre:

☐ Sr. ☐ Sra.  
☐ Srta.

Fecha de nacimiento:

(\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_)  
(M M / D D / A A A A)

Sexo:

☐ M  
☐ F

Números de teléfono para comunicarse con usted:

Número principal (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ ☐ Teléfono particular ☐ Teléfono celular

Número alternativo (opcional) (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
☐ Teléfono particular ☐ Teléfono celular

Al proporcionar mi número de teléfono, acepto recibir llamadas, mensajes de texto o correos electrónicos de Health Care Service Corporation, sus subsidiarias y afiliadas con respecto a la administración de los beneficios y servicios de mi cobertura de HealthSpring. Las llamadas pueden marcarse automáticamente o incluir mensajes pregrabados. Puede excluirse en cualquier momento.

Para recibir comunicaciones por correo electrónico, proporcione su dirección de correo electrónico a continuación. Para actualizar sus preferencias de comunicación, visite [myHealthSpring.com](https://myHealthSpring.com).

Dirección de correo electrónico (opcional):

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal, a menos que no tenga hogar):

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Dirección postal (únicamente si es diferente de su domicilio permanente):

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia (opcional):

Número de teléfono:

Parentesco:

**Proporcione la información de su seguro de Medicare:**

Número de Medicare: \_\_\_\_\_

**Responda estas preguntas importantes:**

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de la de HealthSpring Medicare?

☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura:

Número de asegurado para esta cobertura:

Número de grupo para esta cobertura:

**IMPORTANTE: Lea y firme a continuación**

- Tengo que conservar la cobertura hospitalaria (Parte A) o el seguro médico (Parte B) para permanecer en la cobertura de medicamentos con receta de HealthSpring Medicare.
- Al inscribirme a esta cobertura de medicamentos con receta de Medicare, acepto que HealthSpring compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para dar seguimiento a mi solicitud de cobertura, 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 a continuación).
- Entiendo que puedo solicitar una sola cobertura MA o cobertura de la Parte D a la vez y que la solicitud a esta cobertura finalizará automáticamente mi solicitud a otra cobertura MA o cobertura de la Parte D (se aplican excepciones para las coberturas MA PFFS y MA MSA).
- Según mi leal saber y entender, la información en esta solicitud de cobertura es correcta. Entiendo que, si proporciono información falsa deliberadamente en este formulario, se cancelará mi solicitud de cobertura.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto una cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.
- La cobertura de medicamentos con receta de HealthSpring Medicare presta servicios en un área específica. Si me mudo del área de servicio de la cobertura de medicamentos con receta de HealthSpring Medicare, debo informárselo a mi cobertura para que yo pueda cancelar mi cobertura y buscar otra en el área donde viva. Entiendo que, tengo que acudir a farmacias de la red, excepto en casos de emergencia donde no pueda acudir a las farmacias de la red de cobertura de medicamentos con receta de HealthSpring Medicare.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si el documento tiene la firma de un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica lo siguiente:
  1. Esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal para completar esta solicitud de cobertura.
  2. La documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

Al proporcionar mi número de teléfono y firmar a continuación, acepto recibir llamadas y mensajes de texto de Health Care Service Corporation (HCSC), sus subsidiarias, afiliadas y corredores con respecto a productos o servicios adicionales de HealthSpring. Reconozco que estas llamadas pueden marcarse automáticamente o incluir mensajes pregrabados y usar una voz artificial o pregrabada. Acepto que HCSC puede usar la información proporcionada u obtenida en relación con esta solicitud, o la cobertura de seguro proporcionada por HCSC, incluida mi información personal, para ofrecerme productos y servicios adicionales o para enviar comunicaciones de marketing relacionadas con los productos de HealthSpring. Reconozco que no estoy obligado a dar mi consentimiento para recibir estas comunicaciones como condición para solicitar la cobertura. Si elijo no recibir comunicaciones de marketing, lo indicaré marcando la casilla a continuación o puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento comunicándome con HealthSpring.

☐ No doy mi consentimiento para recibir comunicaciones de marketing al número de teléfono proporcionado.

**Firma:**

**Fecha de hoy:**

**Si usted es el representante autorizado, tiene que firmar la sección anterior y proporcionar la siguiente información:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Parentesco con el solicitante \_\_\_\_\_

**Período especial de solicitud de cobertura**  
**Omita esta sección si solicita cobertura entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.**

**Complete esta sección** si solicita cobertura fuera del período entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

**Por lo general, únicamente se puede solicitar una cobertura de medicamentos con receta de Medicare durante el período de solicitud de cobertura anual del 15 de octubre al 7 de diciembre.** Además, existen excepciones que pueden permitirle solicitar cobertura de medicamentos con receta de Medicare fuera del período de solicitud de cobertura anual.

Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación corresponde a su caso. Al marcar alguna de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de solicitud de cobertura. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, se podría cancelar su cobertura.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Me acabo de mudar del área de servicio de mi cobertura vigente o me acabo de mudar y esta cobertura es una nueva opción para mí. Me mudé el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- ☐ Acabo de regresar a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- ☐ Tengo Medicare y Medicaid, o recibo el Beneficio Adicional (Extra Help, en inglés) para pagar los costos de los medicamentos de Medicare. Quiero cambiarme a una cobertura de medicamentos de Medicare diferente.
- ☐ Vivo o me acabo de mudar de un centro de atención médica a largo plazo (por ejemplo, un asilo o un centro de atención médica prolongada). Me mudé/mudaré al/del centro el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- ☐ Hace poco, me di de baja del Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE, en inglés) el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- ☐ Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura válida de medicamentos con receta (tal y como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- ☐ Dejaré de tener la cobertura de la empresa para la que trabajo o del sindicato el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- ☐ Participo en un programa de ayuda para pagar medicamentos que ofrece mi estado.
- ☐ Mi cobertura ya no tendrá contrato con Medicare o Medicare ya no tendrá contrato con mi cobertura.
- ☐ Recientemente se produjo un cambio en el Beneficio Adicional que paga mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare (obtención reciente, cambio o pérdida del Beneficio Adicional) el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- ☐ Obtuve una cobertura de Medicare (o de mi estado) y deseo elegir una cobertura diferente. Mi cobertura comenzó el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- ☐ Recientemente, se produjo un cambio en mi cobertura de Medicaid (obtención reciente, cambio o pérdida de la cobertura de Medicaid) el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- ☐ Estoy asegurado con una cobertura Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (del 1 de enero al 31 de marzo).
- ☐ Hace poco fui liberado de prisión. Salí el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- ☐ Recientemente se legalizó mi presencia en los EE. UU. Esto sucedió el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- ☐ Me afectó una emergencia o un desastre grave (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA, en inglés] o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Una de las otras afirmaciones que aparecen en este documento correspondía a mi caso, pero no pude solicitar cobertura debido al desastre.

Si ninguna de estas afirmaciones aplica a su caso o si tiene alguna duda, comuníquese con la cobertura de medicamentos con receta HealthSpring Medicare al **1-877-534-0199 (TTY 711)** para saber si es elegible para solicitar cobertura de medicamentos con receta. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana, del 1.º de abril al 30 de septiembre.

## Sección 2: Todos los campos que se indican a continuación son opcionales

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no la completó.

**Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea español o en otro formato:** ☐ Español ☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Comuníquese con HealthSpring Medicare al **1-877-534-0199** si necesita información sobre su cobertura de medicamentos con receta en un formato accesible que no sea el que se indica arriba. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m, hora local, los 7 días de la semana. Nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada durante los fines de semana, del 1.º de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

### Cómo pagar la prima de su cobertura:

Puede pagar la prima mensual de la cobertura (incluida cualquier multa que actualmente deba o que pueda adeudar por solicitar cobertura tarde) por correo postal, por transferencia electrónica de fondos (EFT, en inglés) o tarjeta de crédito cada mes. También puede optar por pagar su prima mediante una deducción automática mensual de su cheque de beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario o del Seguro Social. La Administración del Seguro Social le informará si es necesario que pague un monto según la determinación del ajuste mensual acorde a sus ingresos (IRMAA, en inglés) de la Parte D. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su cobertura. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario, o bien Medicare le facturará directamente. NO pague el monto adicional según la IRMAA por la cobertura de medicamentos con receta de HealthSpring Medicare.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

### Seleccione una opción de pago de la prima:

- ☐ Recepción de factura.
- ☐ Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario. (Según la fecha en que se procese su solicitud de cobertura, es posible que reciba una factura de prima por el primer mes que esté asegurado. Si el Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario aceptan su solicitud de deducción, la deducción de su cheque de beneficios puede tardar varios meses en entrar en vigencia. Por lo tanto, su primera deducción puede incluir las primas durante varios meses. Si el Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

**Indique de quién recibe beneficios mensuales:** ☐ Seguro Social ☐ RRB

Después de que Medicare haya aprobado su solicitud de cobertura, tendrá opciones de pago adicionales para elegir. Visite **HealthSpring.com/pay-my-premium** para conocer las opciones de pago en línea y los detalles.

## Solo para aquellos que hayan ayudado al solicitante a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona que ayuda al solicitante a completar este formulario (es decir, un asesor de Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico [SHIP, en inglés], miembro de la familia u otro tercero).

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

Parentesco con el solicitante: \_\_\_\_\_

## Para uso exclusivo del agente de seguros:

La persona que analizará las opciones de cobertura con usted es empleada de HealthSpring o tiene un contrato directo o indirecto con dicha aseguradora y es posible que reciba una compensación si usted solicita una cobertura.

Fecha de entrada en vigor solicitada: \_\_\_\_\_

- ☐ Período de inscripción inicial (IEP, en inglés) ☐ Período de inscripción anual (AEP, en inglés)  
☐ Período especial de inscripción (SEP, en inglés) (consulte la sección Período especial de solicitud de cobertura)

Nombre del representante, agente o corredor de seguros: \_\_\_\_\_

Apellido del agente de seguros: \_\_\_\_\_ Nombre del agente de seguros: \_\_\_\_\_

Número nacional de agente de seguros: \_\_\_\_\_

Agencia del agente de seguros: \_\_\_\_\_

El agente de seguros tiene que indicar cómo se completó la solicitud de cobertura:

- ☐ Reunión en persona ☐ Sin cita previa ☐ Evento de ventas ☐ Correo ☐ Teléfono

Firma del agente de seguros: \_\_\_\_\_

Teléfono del agente de seguros: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo electrónico del agente de seguros: \_\_\_\_\_

**El agente de seguros debe proporcionar la fecha de entrada en vigor solicitada y la información del IEP, del AEP o del SEP anterior. Asegúrese de firmar el formulario y proporcione su número nacional de agente de seguros.**

## DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés) recopilan información de las coberturas de Medicare para hacer un seguimiento de la solicitud de cobertura de beneficiarios en las coberturas Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y pagar los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y los párrafos 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, en inglés) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de solicitud de cobertura de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN, en inglés) de "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", n.º de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar el procesamiento de su solicitud de cobertura.