



AVMED MEDICARE ADVANTAGE – H1016

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Usualmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el período de inscripción anual, desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Además, hay excepciones que podrían permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Por favor, lea cuidadosamente lo siguiente y marque la casilla correspondiente a su caso. Si marca cualquiera de las casillas siguientes, entonces usted certifica que, a su leal saber y entender, tiene derecho a inscribirse en un Período de Inscripción. Si después determinamos que su información es incorrecta, podemos entonces cancelar su inscripción.

- Tengo el Medicare por primera vez.
- Recientemente me mudé fuera del área de servicios de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el día _____.
- Regresé recientemente a los Estados Unidos después de vivir fuera de los Estados Unidos de manera permanente. Regresé a los Estados Unidos el (escriba la fecha) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid, o ayuda estatal para pagar mis primas del Medicare.
- Recibo ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos por receta del Medicare.
- Ya no tengo derecho a ayuda adicional para pagar mis medicamentos por receta del Medicare. Dejé de recibir la ayuda adicional el día _____.
- Voy a mudarme a un Centro de Cuidados a Largo Plazo, resido en uno de esos centros o me estoy mudando de uno de esos centros (por ej., un *nursing home*). Me mudé o me mudaré a uno de esos centros el día _____.
- Recientemente “dejé” el programa PACE el día _____.
- Recientemente perdí de forma involuntaria mi cobertura meritatoria para medicamentos por receta (que cubría lo mismo que el Medicare). Perdí esa cobertura el día _____.
- Dejo la cobertura de mi empleador o de mi sindicato laboral el día _____.
- Participo en un programa de ayuda farmacéutica proporcionado por el estado donde resido.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de residir permanentemente en el extranjero. Regresé a EE.UU. el día _____.
- Mi plan ha terminado su contrato con el Medicare, o el Medicare ha terminado su contrato con mi plan.
- Estuve en un Plan de Necesidades Especiales (SNP, según siglas en inglés) pero ya no clasifiqué según los requisitos del plan. Me dieron de baja del SNP en _____.

Si ninguna de estas observaciones aplica a su caso o no está seguro(a), por favor llame al Centro de Apoyo al Cliente de AvMed al 1-800-535-9355 (los usuarios del TTY/TDD deben llamar al 1-877-442-8633) para ver si reúnen los requisitos para inscribirse. En nuestro Centro de Apoyo le atenderán de lunes a viernes, 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

AvMed is a Medicare Advantage organization with a Medicare contract

Si tiene derecho a recibir ayuda adicional para cubrir el costo de sus medicamentos por receta reconocidos por el Medicare, entonces el Medicare le pagará total o parcialmente la prima del plan. Si el Medicare pagara sólo una parte de la prima, le cobraremos a usted lo que no cubre el Medicare.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá el cobro mensualmente.

Por favor escoja una opción de pago:

- Recibir una factura mensual
- Transferencia electrónica de fondos (“EFT”) mensual de su cuenta bancaria.
- Deducción automática de su cheque mensual del Seguro Social o la Junta de Jubilados Ferroviarios (“RRB”). (Al principio podría haber una demora de dos a más meses antes que comiencen las deducciones. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta la deducción automática de las primas, la primera deducción de su cheque del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas sin pagar a partir de la fecha inicial hasta la fecha en que comiencen las deducciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba la deducción automática, entonces le enviaremos por correo la cuenta de su prima mensual.)

Por favor lea y responda estas preguntas importantes

1. ¿Tiene una Enfermedad Renal en Estado Terminal (“ESRD”)? Sí No
Si se ha recibido un transplante de riñón sin complicaciones y no necesita más diálisis con regularidad, por favor adjunte una nota o documentos de su médico que confirmen que su operación de transplante fue exitosa y ya no necesita diálisis; de lo contrario, puede ser que tengamos que comunicarnos con usted para obtener información adicional.
2. Algunas personas pueden tener otra cobertura para medicamentos, tales como un seguro privado, TRICARE, plan de atención médica como empleado federal, o de la Administración de Veteranos, o de programas estatales de ayuda farmacéutica.
¿Además del plan de Avmed, tendría usted otra cobertura para medicamentos por receta? Sí No
Si responde “sí”, detalle su otra cobertura y su número de identificación para esa cobertura:
Nombre de la otra cobertura Su No. de identificación No. de Grupo

3. ¿Reside usted en un centro de cuidados a largo plazo, como un “asilo de ancianos”? Sí No
Si responde “sí”, por favor suministre la siguiente información:
Nombre de la Institución: _____
Dirección exacta y teléfono de la institución: _____
4. ¿Esta inscrito en el programa estatal de Medicaid? Sí No
Si responde “sí”, por favor suministre su número de Medicaid: _____
5. ¿Usted o su cónyuge trabaja? Sí No

Por favor marque la casilla siguiente si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea el inglés o en otro formato:

- Español Otros formatos (Braille, cinta magnetofónica o en letras grandes)

Por favor, llame al Departamento de Servicios a los Afiliados de AvMed al 1-800-535-9355 (los usuarios del sistema TTY deben llamar al 1-887-442-8633) si necesita información en otro formato o idioma distinto al que se indica arriba. Nuestras oficinas están abiertas de lunes a viernes, 8:00 am a 8:00 pm.

Por favor lea esta información importante

PARE Si tiene cobertura médica a través de su empleador o sindicato laboral, la inscripción en AvMed MA-PD podría afectar esos beneficios médicos. Usted podría perder la cobertura de su empleador o sindicato. Lea los documentos que le envía su empleador o sindicato. Para preguntas, visite el sitio Web de su empleador o sindicato, o comuníquese con la oficina indicada en los documentos que le envían. Si no existe información o no tiene con quién comunicarse, podría recibir ayuda de su administrador de beneficios o de la oficina que responde preguntas sobre la cobertura.

Por favor Lea y Firme Abajo

Al llenar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

AvMed es un plan Medicare Advantage con contrato del gobierno federal. Tendré que mantener las partes A y B del Medicare. No puedo tener más de un plan Medicare Advantage al mismo tiempo y acepto que si me inscribo en este plan automáticamente terminará mi inscripción en otro plan médico o plan de medicamentos por receta del Medicare. Tengo la responsabilidad de notificarles sobre cualquier cobertura de medicamentos por receta que tenga o que pueda tener en el futuro. Por lo general, la inscripción en este plan es por un año completo. Después de inscribirme puedo dejar este plan o hacer cambios solamente en ciertas fechas del año, cuando esté disponible un período de inscripción (por ejemplo, del 15 de octubre al 7 de diciembre), o bajo ciertas circunstancias especiales.

AvMed Medicare proporciona sus servicios en un área específica. Si me mudo fuera del área de servicios de AvMed Medicare, tendré que notificarle al plan para cancelar mi inscripción y poder inscribirme en otro plan en mi nuevo lugar de residencia. Después de inscribirme en AvMed Medicare, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre los pagos o servicios. Leeré la Constancia de Cobertura de AvMed Medicare cuando la reciba para saber cuáles son las reglas que debo seguir con el fin de recibir la cobertura de este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas con Medicare usualmente no están cubiertas por el Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en la que comience la cobertura tengo que obtener toda mi atención médica a través de AvMed Medicare, excepto los servicios de emergencia, de urgencia o de diálisis renal fuera del área de servicios. Estarán cubiertos los servicios autorizados por AvMed Medicare y otros servicios indicados en la Constancia de Cobertura de AvMed Medicare (también conocida como Contrato del Afiliado o Acuerdo del Suscriptor). Sin autorización, **NI EL MEDICARE NI AVMED PAGARÁN ESOS SERVICIOS.**

Entiendo que si estoy recibiendo asesoramiento de una agente de ventas, un intermediario o un empleado o subcontratista de AvMed Health Plans, se le puede pagar a esa persona si me inscribo en AvMed Medicare.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan médico del Medicare, acepto que el plan divulgue al Medicare y a otros planes mis datos personales si éstos son necesarios para los tratamientos, los pagos y el funcionamiento de la atención médica. También acepto que AvMed divulgue información al Medicare tal como los datos relacionados con el consumo de mis medicamentos por receta, y que el Medicare también puede divulgar esa información para investigaciones y otros propósitos conforme a las leyes estatales y regulaciones federales correspondientes. La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Acepto que mi inscripción en el plan será cancelada si intencionalmente incluyo algún dato falso en este formulario.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del estado donde resido) en esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud.

Si la firma es de una persona autorizada (según se describe arriba), dicha firma certifica que:

- 1) Esa persona está autorizada por las leyes estatales para llenar este formulario, y que
- 2) Los documentos sobre esa autoridad están disponibles si el Medicare los solicita.

Firma: _____	Fecha de Hoy: _____
---------------------	----------------------------

Si usted es el representante autorizado, **debe firmar arriba** y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: (____) _____ - _____

Su relación con la persona que se inscribe: _____

Para Uso de Oficina Solamente:

Nombre del funcionario, agente o corredor: _____ Número del agente: _____
 (si recibió ayuda con la inscripción) Nombre del corredor: _____

Número ID del plan: _____ Fecha de vigencia de la cobertura: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (clase): _____ No Elegible: _____

Inscripción del plan de salud recibida	Considerada completa	Entrada de datos de inscripción