

# Medicare Advantage HMO

## Formulario para solicitud de inscripción



Póngase en contacto con L.A. Care Health Plan si necesita información en otro idioma o formato (Braille).

**Por favor proporcione la siguiente información para inscribirse en L.A. Care Health Plan Medicare Advantage:**

Apellido:	Nombre:	Inicial del Segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
-----------	---------	-----------------------------	---

Fecha de nacimiento: (__ __/__ __/____) (MM/DD/AAAA)	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono de su casa: (   )
--	--	---

Dirección de la residencia permanente (No se permiten apartados postales):

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

**Dirección postal** (Sólo si es diferente al de su residencia permanente):

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

**Contacto en caso de emergencia:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_

**Dirección de correo electrónico (opcional):** \_\_\_\_\_

**Por favor proporcione su información de seguro de Medicare**

<p>Por favor use su tarjeta de Medicare para completar esta sección</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Por favor complete la información de manera que coincida con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare</li> <li>- O -</li> <li>Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta de la Administración del Seguro Social o la Junta de Jubilación del Ferrocarril (Railroad Retirement Board).</li> </ul> <p>Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para afiliarse a Medicare Advantage Plan.</p>	
	<p>EJEMPLO ÚNICAMENTE</p> <p>Nombre _____</p> <p>Medicare Claim Number      Género ____</p> <p>_____ - _____ - _____</p> <p>Tiene derecho a      Fecha efectiva</p> <p><b>Hospital</b>      <b>(Parte A)</b>      _____</p> <p><b>Médico</b>      <b>(Parte B)</b>      _____</p>

**Pagar la prima de su plan**

Si determinamos que debe una multa por inscripción tardía, necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo cada mes. También puede escoger pagar su prima mediante una deducción automática de su cheque del seguro social cada mes.

**Por favor lea y conteste estas preguntas importantes:**

1. ¿Padece de enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)?  Sí  No

Si su respuesta a esta pregunta es “Sí”, y usted ya no necesita recibir diálisis regularmente o ha tenido un exitoso trasplante de riñón, **adjunte una nota o expediente** médico que nos confirme que usted ya no necesita recibir diálisis o que su trasplante de riñón tuvo éxito.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, inclusive otro seguro médico privado, TRICARE, cobertura de beneficios médicos para empleados federales, beneficios para veteranos, o programas del estado de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá usted otra cobertura adicional a la de L.A. Care Health Plan Medicare Advantage para medicamentos recetados?  Sí  No

Si su respuesta es “Sí”, escriba el nombre de la otra cobertura y su(s) número(s) de identificación (ID) de ésta:

Nombre de la cobertura:

Número de identificación  
de ésta cobertura:

Número de grupo de ésta  
cobertura:

3. ¿Vive en una institución de cuidado a largo plazo, como un hogar de ancianos?  Sí  No

Si su respuesta es “Sí”, proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Domicilio y número de teléfono de la institución (número y calle): \_\_\_\_\_

4. ¿Está usted inscrito al programa de Medicaid de su estado (Medi-Cal)?  Sí  No

Si su respuesta es “Sí”, por favor proporcione su número de Medicaid (Medi-Cal): \_\_\_\_\_

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan?  Sí  No

**Escriba el nombre de un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), clínica o centro de salud:**

**Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en otro idioma diferente al inglés, o en otro formato:**  Español  Braille  Audio  Letra en formato grande

Póngase en contacto con L.A. Care Health Plan Medicare Advantage llamando al 1-888-839-9909 si necesita información en otro formato o idioma que el idioma detallado arriba. Nuestro horario de atención incluye las 24 horas del día, los 7 días de la semana (incluye feriados). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-866-522-2731.



**Lea esta información importante**

**Si actualmente tiene cobertura de salud de su empleador o sindicato, afiliarse a L.A. Care Health Plan Medicare Advantage podría afectar sus beneficios de salud de parte de su empleador o sindicato. Puede perder su cobertura de salud de su empleador o sindicato si se afilia a L.A. Care Health Plan Medicare Advantage.** Lea las comunicaciones enviadas por su empleador o sindicato. Si tiene preguntas visite nuestro sitio web, o póngase en contacto con la oficina detallada en sus comunicaciones. Si no hay ninguna información sobre a quién debe contactar, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura lo pueden ayudar.

H2643\_2001\_LA0435SP\_1109 (10/29/09)

## Lea y firme abajo

### **Al completar esta solicitud de inscripción, estoy de acuerdo con lo siguiente:**

L.A. Care Health Plan Medicare Advantage es un plan de Medicare Advantage que tiene un contrato con el gobierno federal. Yo tendré que conservar mis Partes A y B de Medicare. Sólo puedo pertenecer a un plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan automáticamente terminará mi inscripción en otro plan de salud de Medicare o en cualquier otro plan de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga en este momento o que adquiera en el futuro. La inscripción en este plan generalmente es por todo el año. Una vez que me inscriba sólo puedo retirarme del plan o hacer cambios en determinadas fechas del año cuando haya un periodo de inscripción disponible (por ejemplo: del 15 de noviembre al 31 de diciembre cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

L.A. Care Health Plan Medicare Advantage sirve a un área específica. Si me mudo fuera del área a la que L.A. Care Health Plan Medicare Advantage da servicio, necesito dar aviso al plan para poder cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de L.A. Care Health Plan Medicare Advantage, tendré el derecho de apelar las decisiones del plan en cuanto a pago o servicios si no estoy de acuerdo con ellas. Leeré el documento llamado Constancia de Cobertura de L.A. Care Health Plan Medicare Advantage cuando lo reciba, para saber los reglamentos que tengo que seguir para recibir cobertura en este plan de Medicare Advantage. Entiendo que generalmente los beneficiarios de Medicare no están cubiertos bajo Medicare cuando se encuentran fuera del país, excepto por cobertura limitada cerca de la frontera con los Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en que la cobertura de L.A. Care Health Plan Medicare Advantage comience, debo recibir toda mi atención médica de L.A. Care Health Plan Medicare Advantage, con excepción de servicios de emergencia, servicios de urgencia o servicios de diálisis fuera-del-área. Los servicios autorizados por L.A. Care Health Plan Medicare Advantage y otros servicios especificados en mi documento de Constancia de Cobertura de L.A. Care Health Plan Medicare Advantage (conocido también como contrato del participante o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. **NI MEDICARE NI L.A. CARE HEALTH PLAN MEDICARE ADVANTAGE PAGARÁN POR LOS SERVICIOS** sin autorización.

Entiendo que si estoy recibiendo asistencia de un agente de ventas, representante, u otro individuo empleado por o contratado por L.A. Care Health Plan Medicare Advantage, el/ella puede recibir compensación basada en mi inscripción a L.A. Care Health Plan Medicare Advantage.

**Divulgación de información:** Al inscribirme a este plan de salud de Medicare, reconozco estar enterado(a) que L.A. Care Health Plan Medicare Advantage divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para tratamiento, pagos y operaciones de atención médica. Me doy por enterado(a) también de que L.A. Care Health Plan Medicare Advantage divulgará mi información, inclusive datos acerca de mis medicamentos recetados, a Medicare, quien tal vez pudiera divulgarlos con fines de investigación científica y por otros propósitos que cumplan con las regulaciones y estatutos federales correspondientes. La información en este formulario es correcta de acuerdo a mi conocimiento. Entiendo que si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario de inscripción se cancelará mi inscripción al plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar como mi representante bajo las leyes estatales del estado donde resido) en esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si está firmada por una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada bajo las leyes estatales para completar esta solicitud de inscripción, y 2) la documentación de esta autorización está disponible si L.A. Care Health Plan Medicare Advantage o Medicare la solicita.

<b>Firma:</b> _____	<b>Fecha de hoy:</b> _____
Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:	
<b>Nombre:</b> _____	
<b>Domicilio:</b> _____	
<b>Número de teléfono:</b> (____) ____ - _____ <b>Parentesco con el inscrito:</b> _____	

<b>Office Use Only (Para uso de oficina únicamente):</b>
Name of staff member/agent/broker (if assisted in enrollment): _____
Today's Date: _____ Plan ID #: _____ Effective Date of Coverage: _____
ICEP/IEP: _____ OEP: _____ AEP: _____ SEP (type): _____ Not Eligible: _____
Received By: _____ L.A. Care Health Plan Field Representative Signature: _____

**Confirmación de elegibilidad en un período de inscripción**

Usualmente, usted puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage durante el periodo de inscripción anual, entre el 15 de noviembre y 31 de diciembre cada año. También puede inscribirse a un plan de Medicare Advantage durante el periodo abierto de inscripción, entre el 1º de enero y el 31 de marzo cada año, siempre y cuando usted no cambie su cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo: si tiene cobertura de Medicare para medicamentos recetados, sólo puede cambiar a otro plan con la cobertura de Medicare para medicamentos recetados; si no tiene cobertura de Medicare para medicamentos recetados, sólo puede cambiarse a otro plan sin la cobertura de Medicare para medicamentos recetados). Adicionalmente, hay excepciones que pueden permitirle que se inscriba en un plan de Medicare Advantage fuera de esos periodos.

Por favor lea cuidadosamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración aplica en su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, de acuerdo a su conocimiento, usted es elegible en un periodo de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, usted puede ser dado de baja.

- Soy nuevo(a) a Medicare.
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y éste plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (fecha) \_\_\_\_\_.
- Tengo ambos, Medicare y Medicaid o el estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare.
- Recibo ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Ya no soy elegible para recibir ayuda adicional para el pago de mis medicamentos recetados de Medicare. Dejé de recibir ayuda adicional en (fecha) \_\_\_\_\_.
- Me estoy mudando, vivo o recientemente me mudé a una institución de atención a largo plazo (por ejemplo: una casa de reposo). Me mudé/me mudaré a/ o me mudaré fuera de la institución el (fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente deje de pertenecer a un programa PACE en (fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura (creditable coverage) de medicamentos recetados (tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos recetados en (fecha) \_\_\_\_\_.
- Estoy dejando mi cobertura de empleador o sindicato en (fecha) \_\_\_\_\_.
- Pertenzco a un programa de asistencia farmacéutica que me proporciona mi estado.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente en el exterior. Regresé a los Estados Unidos en (fecha) \_\_\_\_\_.
- Ninguna de estas declaraciones aplica en mi caso.\*

\*Por favor llame a L.A. Care Health Plan Medicare Advantage al 1-888-839-9909 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-522-2731) para saber si usted cumple con los requisitos de elegibilidad. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana (incluye feriados).