

Por favor contacte a AvMed Medicare si necesita información en otro idioma o en un formato accesible (braille).  
OMB No. 0938-1378 Expiración: 7/31/2023



**Para inscribirse en el Plan AvMed Medicare HMO, por favor complete la siguiente información: H1016**

<b>Por favor elija el plan al que quiere inscribirse:</b>	<b>Condado de Miami-Dade</b> <input type="checkbox"/> Medicare Choice HMO <input type="checkbox"/> Medicare Circle HMO <input type="checkbox"/> Access HMO-POS	<b>Condado de Broward</b> <input type="checkbox"/> Medicare Choice HMO <input type="checkbox"/> Medicare Circle HMO <input type="checkbox"/> Access HMO-POS <input type="checkbox"/> Premium Saver Plan HMO
---	---	---

APELLIDO: :	NOMBRE: :	INICIAL DEL 2.o NOMBRE:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
-------------	-----------	-------------------------	---

Fecha de nacimiento: (____/____/____)MM / DD / AAAA	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	No. telefónico de casa: ( )	No. telefónico secundario: ( )
---	---	-----------------------------	--------------------------------

Dirección residencial permanente: (No se permiten direcciones de P.O. Box)

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

Dirección postal: (Solo si es diferente a su dirección residencial permanente)  
Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

Dirección de correo electrónico (opcional):

**Por favor rellene su información de Medicare:**

Número de Medicare: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Por favor elija un médico primario (PCP, por sus siglas en inglés):**

Nombre:	No. del proveedor:
---------	--------------------

**Por favor elija un dentista:**

Nombre:	No. del dentista:
---------	-------------------

**Responda estas preguntas importantes:**

¿Tendrá cobertura adicional para medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de AvMed?  Si  No  
Si respondió sí, por favor incluya su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación:  
**Nombre de la cobertura adicional:      Número de miembro para esta cobertura:      Número de grupo para esta cobertura:**  
\_\_\_\_\_

**Por favor lea y firme lo siguiente:**

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

- Debo mantener ambas la de Hospital (Parte A) y Médica (Parte B) para seguir con AvMed.
- Al inscribirme a este Plan Medicare Advantage, entiendo que AvMed compartirá mi información con Medicare, quien la usará para hacerle seguimiento a mi inscripción, para hacer pagos y para otros propósitos permitidos por la ley federal que autorizan la recolección de esta información (ver el Anuncio del acta de privacidad debajo).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, dejar de responder puede afectar su inscripción al plan.
- La información en este formulario de inscripción está correcta según mi conocimiento. Comprendo que si doy información falsa intencionalmente en este formulario perderé mi inscripción en el plan.

**Por favor lea y firme lo siguiente (cont.):**

- Entiendo que las personas con Medicare por lo general no tienen cobertura de Medicare mientras están fuera del país, excepto cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de AvMed. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proveídos por AvMed e incluidos en mi documento de "Evidencia de cobertura" de AvMed (también conocido como un contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni AvMed pagarán por beneficios o servicios que no están cubiertos.
- Entiendo que me firma (o la firma de la persona legalmente autorizada a representarme) en esta aplicación significa que he leído y comprendido el contenido de esta aplicación. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica que:
  - 1) La persona está autorizada por la ley estatal para rellenar esta inscripción.
  - 2) Documentación de esta autorización está disponible cuando Medicare la pida.

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

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y rellene lo siguiente:

**Nombre:** \_\_\_\_\_**Dirección:** \_\_\_\_\_**No. telefónico:** ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_**Su relación al suscriptor:** \_\_\_\_\_**Es opcional rellenar los campos en la siguiente sección.****Usted elije si quiere contestar estas preguntas. No se le puede negar cobertura si no las contesta.**

Elija si prefiere que le mandemos información en un idioma que no sea inglés.

 Español

Elija uno de los siguientes si quiere que le enviemos información en un formato accesible.

 Braille  Letra grande  Audio en CD

Por favor llame al departamento de servicio al cliente de AvMed al 1-800-535-9355 (TTY 711) si necesita información en un formato accesible o en un idioma diferente al que mencionamos arriba. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

¿Usted trabaja?  Si  No¿Su esposo(a) trabaja?  Si  No**Solo para uso administrativo:**

Nombre del empleado, agente o corredor (si ayudó con la inscripción): \_\_\_\_\_

No. del agente: \_\_\_\_\_ No. de identificación del plan: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigor de la cobertura: \_\_\_\_\_ Nombre del corredor: \_\_\_\_\_

ICEP/IEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ SEP (Tipo): \_\_\_\_\_ No es elegible: \_\_\_\_\_

Inscripción recibida por el plan de salud: \_\_\_\_\_ Se considera completa: \_\_\_\_\_ Registro de datos de inscripción: \_\_\_\_\_

LEY DE PRIVACIDAD: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para seguir la inscripción de los beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o Planes de Medicamentos Recetados (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 recetados 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.