

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Usualmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solamente durante el período de inscripción anual, desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. 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. Su marca en cualquiera de las casillas siguientes, certifica que usted, a su leal saber y entender, es elegible para un Período de Inscripción. Si después determinamos que su información es incorrecta, podemos entonces cancelar su inscripción.

- Soy nuevo al Medicare.
- Estoy inscrito en otro plan Medicare Advantage y quiero cambiar de plan durante el Período de Inscripción Anual (MA OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el día _____.
- Fui recientemente liberado de prisión. Fui liberado el día _____.
- Regresé recientemente a los Estados Unidos después de vivir fuera del país de manera permanente. Regresé a los Estados Unidos en (fecha) _____.
- Recientemente obtuve estatus legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus en la fecha _____.
- Ha habido un cambio reciente en mi Medicaid (nuevo en el Medicaid, tuve un cambio en el nivel de ayuda del Medicaid, o perdí el Medicaid) en (fecha) _____.
- Recientemente hubo un cambio a la ayuda adicional para pagar mis medicamentos del Medicare (esta ayuda es nueva, hubo un cambio en el nivel de ayuda, o perdí la ayuda) en (fecha) _____.
- Tengo ambos Medicare y Medicaid (o ayuda estatal para pagar mis primas del Medicare) o recibo ayuda adicional para pagar los medicamentos por receta del Medicare pero no ha habido ningún cambio.
- Voy a mudarme, vivo, o recientemente me fui de un Centro de Cuidados a Largo Plazo (como un acilo de ancianos por ejemplo), a partir del (fecha) _____.
- Recientemente dejé el programa PACE en la fecha _____.
- Recientemente perdí de forma involuntaria mi cobertura meritaria (acreditable) para la cobertura para medicamentos por receta (cobertura comparable a la del Medicare). Perdí dicha cobertura para medicamentos en la fecha _____.
- Dejo la cobertura del plan de mi empleador o sindicato laboral a partir del _____.
- Participo en un programa para ayuda farmacéutica proporcionado por el estado en que vivo.
- Mi plan termina su contrato con Medicare, o Medicare va a terminar el contrato con mi plan.
- Estuve inscrito en un plan por Medicare (o el estado donde resido) y quiero cambiarme a otro plan. Mi inscripción en ese plan comenzó en la fecha _____.
- Estuve inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP) pero ya no califico según los requisitos. Me dieron de baja del SNP a partir de la fecha _____.
- Fui afectado por una emergencia causada por el clima o desastre (declarado por FEMA la Agencia Federal de Administración de Emergencias. Uno de las anteriores circunstancias aplican, pero no pude inscribirme por causa del desastre natural.

Si ninguna de estas circunstancias aplica a su caso o no está seguro, por favor llame al Centro de Apoyo al Cliente at 1-800-535-9355 (TTY 711) para ver si cumple los requisitos para inscribirse. Nuestros representantes están disponibles de 8 am a 8 pm los siete días de la semana.

AvMed Medicare es un plan HMO con contrato del Medicare y la inscripción en AvMed Medicare depende de la renovación del contrato.

Por favor comuníquese con AvMed Medicare si necesita información en otro idioma o formato accesible (Braille).



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

Por favor indique en qué plan quiere inscribirse:		Condado de Miami-Dade <input type="checkbox"/> Medicare Choice HMO <input type="checkbox"/> Medicare Circle HMO		Condado de Broward <input type="checkbox"/> Medicare Choice HMO <input type="checkbox"/> Medicare Circle HMO	
APELLIDO:		NOMBRE:		Inicial Intermedia:	
Fecha de Nacimiento: (/ /) M M / D D / A A A A		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Número Telefónico de la Casa: ()	
Dirección donde reside: (No se permite número de caja postal)					
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Dirección postal (sólo si es diferente a su dirección permanente)					
Dirección:		Ciudad:		Estado:	
Correo electrónico (opcional):					

Por favor suministre la información de su Medicare:

<p>Por favor use su tarjeta del Medicare para llenar esta sección.</p> <ul style="list-style-type: none"> Llene los espacios en blanco con los datos impresos en su tarjeta roja, blanca y azul del Medicare – 0 – Adjunte una copia de su tarjeta del Medicare o una carta de la Administración del Seguro Social o de la Junta de Jubilados Ferroviarios. <p>Para inscribirse en un plan Medicare Advantage es necesario que tenga las partes A y B del Medicare.</p>	<p>Nombre: (tal como aparece en su tarjeta de Medicare)</p> <p>_____ Número de Medicare: _____</p> <p>Tiene derecho a: Fecha efectiva:</p> <p>HOSPITAL (Parte A) _____</p> <p>MEDICAL (Parte B) _____</p> <p>Usted debe tener Medicare parte A y parte B para unirse a un plan de Medicare Advantage.</p>
--	---

Por favor escoja el nombre de un Médico de Cabecera ("PCP"):

Nombre:	Número de Proveedor:
---------	----------------------

Por favor escoja el nombre de un dentista:

Nombre:	Número de Dentista:
---------	---------------------

Pago de la prima de su plan:

Si determinamos que usted tiene pendiente un recargo por inscripción tardía o si ahora ya tiene ese recargo, entonces necesitamos saber cómo desea pagarlo. Puede pagar mensualmente por correo o por transferencia electrónica de fondos ("EFT"). También ese recargo por inscripción tardía puede ser descontado automáticamente de su cheque mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilados Ferroviarios ("RRB"). La Administración del Seguro Social le notificará si se le fija una Cantidad de Ajuste Mensual relacionada con el Ingreso de la Parte D. Tendrá usted que pagar esa cantidad además de la prima del plan. Se le sustraerá esa cantidad del cheque del Seguro Social, o el Medicare (o la RRB) le enviará directamente la cuenta. Las personas con ingresos limitados pudieran tener derecho a una ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos por receta. Si usted tiene ese derecho, el Medicare podría pagar 75%, o más, de los costos de sus medicamentos, e incluso las primas, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, las personas con ese derecho no están sujetas a una interrupción temporal de la cobertura o a un recargo por inscripción tardía. Muchas personas tienen derecho a esos ahorros y no lo saben. Para más información sobre esa ayuda adicional, comuníquese con la oficina del Seguro Social de su localidad o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Usted también puede solicitar la ayuda adicional por medio del sitio de Internet: www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Pago de la prima de su plan (contd.):

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").

Recibo beneficios mensuales de el Seguro Social 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 formato accesible: español Formato accesible (Braille, cinta magnetofónica o en letras grandes)

Por favor, llame al Departamento de Servicios a los Afiliados de AvMed al 1-800-535-9355 (TTY 711) si necesita información en formato accesible o idioma distinto al que se indica arriba. Nuestras oficinas están abiertas de 8:00 am a 8:00 pm. los siete días de la semana.

Por favor lea esta información importante:



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, 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: (____) _____

AvMed cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Para Uso de Oficina Solamente:

Nombre del funcionario, agente o corredor: _____ Número del agente: _____

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

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

Inscripción del plan de salud recibida:

Considerada completa:

Entrada de datos de inscripción: