

2015

# Planes de Medicare Advantage de Easy Choice

— Formulario de inscripción individual —

## Cómo inscribirse en Easy Choice

- 1 Por favor comuníquese con Easy Choice si necesita un formulario de inscripción o información en otro idioma o formato (sistema Braille o letra de mayor tamaño). El número sin cargo de Servicio al Cliente está indicado en la cubierta de este formulario.
- 2 Por favor lea este formulario de inscripción en su totalidad para asegurarse que comprende la información.
- 3 Cuando esté listo, complete el formulario de inscripción en su totalidad. Cuando corresponda, escriba claramente en letra mayúscula o elija la casilla apropiada.
- 4 Una vez que lo haya diligenciado, no se olvide de firmar y colocar la fecha.
- 5 Devuelva el formulario diligenciado/firmado a Easy Choice usando el sobre con porte postal pago de respuesta comercial adjunto.
- 6 Comuníquese con su agente de ventas con cualquier pregunta que pueda tener.  
Agente de ventas: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_



Llame a Servicio al Cliente de Easy Choice al **1-866-999-3945**.  
Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-735-2929**.  
El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.  
Entre el 1 de octubre y el 14 de febrero, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m., o visítenos en cualquier momento en [www.easychoicehealthplan.com](http://www.easychoicehealthplan.com).



Inscríbase por Internet en [www.easychoicehealthplan.com](http://www.easychoicehealthplan.com).



Inscríbase por Internet en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).





## Pago de la prima de su plan

**Si se está inscribiendo en un plan de salud con \$0 de prima mensual:** Si determinamos que usted debe una multa por inscripción tardía (o si usted actualmente tiene una multa por inscripción tardía), tenemos que saber cómo prefiere pagarla. Usted puede pagar por correo cada mes. También puede elegir que su prima sea descontada automáticamente cada mes de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación del Ferrocarril (RRB), si es elegible. Si se le asigna un monto de ajuste mensual para la Parte D relacionado con los ingresos, será notificado por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable del pago de este monto adicional, además de la prima de su plan. El monto será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, o Medicare o la RRB le enviará una factura directamente. **NO DEBE** pagar el IRMAA de la Parte D a Easy Choice.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener Ayuda Adicional para pagar sus costos de medicamentos con receta. Si usted es elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de sus costos de medicamentos, incluidas las primas mensuales de sus medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califiquen no estarán sujetos al intervalo sin cobertura o la multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para más información sobre esta Ayuda Adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar Ayuda Adicional por Internet en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp). Si usted califica para recibir Ayuda Adicional con la cobertura de sus gastos de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan. Si Medicare solo cubre una parte de esta prima, le enviaremos una factura por el monto que Medicare no cubre. Si no elige una opción de pago, usted recibirá una factura para pagar sus primas mensuales.

### Por favor elija una opción para pagar la prima:

Recibir una factura mensual

Seguro Social

Junta de Jubilación del Ferrocarril

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación del Ferrocarril (RRB) (si es elegible). La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar dos meses o más en comenzar a aplicarse luego de que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta el comienzo de la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, o aprueba las deducciones para que comiencen después de la fecha de vigencia de la inscripción, le enviaremos una factura por sus primas mensuales.

(Blanco: Copia para la oficina    Amarillo: Copia para el miembro)

--	--	--	--	--	--

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

**1. ¿Tiene la enfermedad renal de etapa final (ESRD)?**  Sí  No

Si usted ha tenido un trasplante renal exitoso y/o ya no necesita diálisis de forma regular, **por favor adjunte una nota o los registros** de su médico en los que conste que ha tenido un trasplante renal exitoso o que no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que necesitemos comunicarnos con usted para obtener información adicional.

**2. Para los planes MAPD:** Algunos individuos pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluyendo otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de VA o Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica.

¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos con receta, además de Easy Choice?  Sí  No

Si responde "sí", por favor liste su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación (ID) para esta cobertura:

Nombre de otra cobertura:

No. de ID de esta cobertura:

No. de grupo de esta cobertura:

**3. ¿Es usted residente de una institución de cuidado a largo plazo, como un centro de convalecencia?**  Sí  No

Si responde "sí", por favor incluya la siguiente información:

Nombre de la institución:

Dirección y número de teléfono de la institución:

**4. ¿Está usted inscrito en el programa Medicaid de su estado?**

Sí  No

Si responde "sí", por favor provea su número de Medicaid:

**5. ¿Usted o su cónyuge trabajan?**  Sí  No

**Por favor elija UNA casilla para indicar el idioma en el que prefiere recibir información:**

Inglés  Español (donde esté disponible)  Chino (donde esté disponible)  Coreano (donde esté disponible)  Vietnamita (donde esté disponible)

**Por favor elija la casilla si prefiere recibir la información en letra de mayor tamaño:**

Por favor comuníquese con Easy Choice llamando a Servicio al Cliente al número indicado en la cubierta de este folleto con respecto a la disponibilidad de la información en un formato o idioma diferente al indicado anteriormente.

**Por favor elija un médico de cuidado primario (PCP), clínica o centro de salud:** (Nombre y apellido del PCP)

No. de ID#

**¿Es usted un paciente actual?**  Sí  No

(Blanco: Copia para la oficina    Amarillo: Copia para el miembro)



## Certificación de elegibilidad para un período de inscripción

**Normalmente, usted puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage únicamente durante el Período de Inscripción Anual desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año.** Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Por favor lea las siguientes declaraciones atentamente y elija la casilla correspondiente si la declaración se aplica a usted. Al completar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su mejor entender, es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, su inscripción puede ser cancelada.

**Si la declaración que elije requiere una fecha, por favor use el siguiente formato: MMDDAAAA**

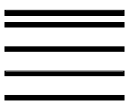
- Soy un beneficiario nuevo de Medicare.
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual, o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el
- Recientemente volví a los Estados Unidos, luego de haber vivido permanentemente fuera de los EE. UU. Volví a los EE. UU., el
- Tengo Medicare y Medicaid, o mi estado contribuye a pagar mis primas de Medicare.
- Recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Ya no califico para recibir Ayuda Adicional para pagar mis medicamentos con receta de Medicare. Dejé de recibir Ayuda Adicional el
- Me voy a mudar, resido en una institución de cuidado a largo plazo o recientemente salí de ella (por ejemplo, un centro de convalecencia). Me mudé a/ingresaré a/saldré de la institución el
- Recientemente me retiré del programa PACE el
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura de medicamentos con receta acreditable (cobertura al menos equivalente a la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el
- Cancelaré mi cobertura de empleador o unión el
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica provisto por mi estado o perderé/recientemente perdí la participación en este programa el
- Mi plan está finalizando el contrato con Medicare, o Medicare está finalizando el contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de Necesidades Especiales (SNP) pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para permanecer en ese plan. Mi inscripción en el SNP fue cancelada el

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o no está seguro, por favor comuníquese con Easy Choice al 1-866-999-3945 para averiguar si usted es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929.

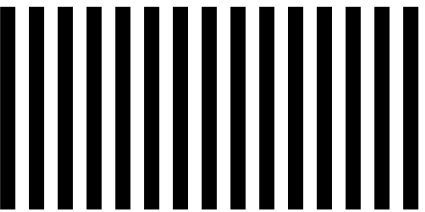
(Blanco: Copia para la oficina      Amarillo: Copia para el miembro)



MC0609\_62093CCP



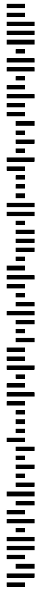
NO POSTAGE  
NECESSARY  
IF MAILED  
IN THE  
UNITED STATES



**BUSINESS REPLY MAIL**

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

EASY CHOICE HEALTH PLAN  
PO BOX 6025  
CYPRESS CA 90630-9807





Remember to ...

- Fill out your application
- Return your completed application in this postage-paid envelope

請記得 ...

- 填妥申請表
- 用隨附的郵資已付的信封寄回填妥的申請表

기억하셔야 할 것들 ...

- 귀하의 지원서 작성하기
- 우표값이 미리 지불된 이 봉투에 작성 완료된 지원서를 넣어 우편으로 보내기

Nên nhớ ...

- Điền đơn xin của quý vị
- Gửi lại đơn đã điền trong phong bì đã trả trước tiền tem

Recuerde ...

- Completar su solicitud
- Enviar su solicitud diligenciada en este sobre con porte postal pago