EASY CHOICE MEDICARE ADVANTAGE PLANS

INDIVIDUAL ENROLLMENT FORM

Cómo inscribirse en Easy Choice

1. Por favor lea este formulario de inscripción en su totalidad para asegurarse de que comprende la información.
2. Cuando esté listo, complete el formulario de inscripción en su totalidad. Donde corresponda, escriba claramente todo en mayúsculas o seleccione la casilla correspondiente.
3. Una vez que lo haya diligenciado, no se olvide de firmar y colocar la fecha.
4. Devuelva el formulario diligenciado/firmado a Easy Choice usando el sobre con porte postal pago de respuesta comercial adjunto.
5. Comuníquese con su agente de ventas con cualquier pregunta que pueda tener.

   Agente de ventas: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Otras 3 maneras fáciles para inscribirse en Easy Choice	
☎	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**.
	Inscríbase por Internet en **www.easychoicehealthplan.com**.
	Inscríbase por Internet en **www.medicare.gov**.

Easy Choice HEALTH PLAN®
A WellCare Company

©WellCare 2015 CA_04_15_EC

This information is available for free in other languages. Please call our Customer Service number at 1-866-999-3945, Monday–Friday, 8 a.m. to 8 p.m. Between October 1 and February 14, representatives are available Monday–Sunday, 8 a.m. to 8 p.m. TTY users should call 1-800-735-2929.

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Por favor llame a nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-999-3945, 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929.

本資訊免費提供其它語言版本。請撥打 1-866-999-3945 與我們的客戶服務部聯繫，服務時間為 週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。在十月 1 日至二月 14 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。TTY 用戶請撥打 1-800-735-2929。

이 정보는 다른 언어로 무료로 제공됩니다. 10월 1일부터 2월 14일까지 고객 서비스 전화번호 1-866-999-3945번으로 월요일부터 금요일까지, 오전 8시에서 오후 8시 사이에 전화하면 담당자와 통화하실 수 있습니다. TTY 사용자들은 1-800-735-2929번에 월요일부터 금요일까지, 오전 8시에서 오후 8시 사이에 전화하십시오.

Thông tin này hiện có miễn phí bằng các ngôn ngữ khác. Xin gọi Dịch Vụ Khách Hàng của chúng tôi tại số 1-866-999-3945, Thứ Hai–Thứ Sáu, 8 sáng tới 8 tối Trong khoảng Ngày 1 Tháng Mười và 14 Tháng Hai, các đại diện có sẵn Thứ Hai–Chủ Nhật, 8 sáng tới 8 tối những người sử dụng TTY nên gọi số 1-800-735-2929.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA LOS PLANES DE MEDICARE ADVANTAGE DE EASY CHOICE PARA 2016

Por favor comuníquese con Easy Choice si necesita información en otro idioma o formato (sistema Braille).

Para inscribirse en un plan de Easy Choice, por favor provea la siguiente información:

Por favor seleccione la casilla del plan donde desea inscribirse:

- ☐ 001: Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP) - Los Angeles
- ☐ 002: Easy Choice Plus Plan (HMO) - Alameda, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Joaquin, Santa Clara
- ☐ 005: Easy Choice Best Plan (HMO) - Los Angeles, Orange
- ☐ 010: Easy Choice Value Plan (HMO) - Fresno, San Joaquin
- ☐ 011: Easy Choice Best Plan (HMO) - Alameda
- ☐ 012: Easy Choice Best Plan (HMO) - San Diego
- ☐ 014: Easy Choice Best Plan (HMO) - Santa Clara
- ☐ 016: Easy Choice Best Plan (HMO) - Riverside, San Bernardino
- ☐ 017: Easy Choice Plus Plan (HMO) - Los Angeles
- ☐ 020: Easy Choice Access Plan (HMO SNP) - Fresno, San Joaquin

$ ___ . ___ por mes

☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta. Sexo: ☐ M ☐ F Fecha de nacimiento: M M D D A A A A

Apellido:

Inicial intermedia: Primer nombre:

No. de teléfono de su hogar: No. de teléfono alternativo:

Correo electrónico (opcional):

Por favor tenga en cuenta que al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted está aceptando recibir correos electrónicos de parte nuestra. Le daremos la oportunidad de elegir recibir y siempre podrá optar por no recibir comunicaciones por correo electrónico.

Dirección de residencia permanente: (El apartado postal no está permitido)

Condado:

Ciudad: Estado: Código postal:

Dirección postal: (solo si es diferente de la dirección de residencia permanente)

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

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

Por favor provea la información de su seguro de Medicare:

Para completar esta sección, por favor consulte su tarjeta de Medicare.

- Por favor complete estos espacios en blanco para que coincida con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

  - O -

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación del Ferrocarril.

Para inscribirse en un plan de Medicare Advantage, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare.

MEDICARE HEALTH INSURANCE

MUESTRA ÚNICAMENTE

Nombre: _____

Número de reclamación de Medicare:

Sexo:

Tiene derecho a: Fecha de vigencia: (MMDDAAAA)

CUIDADO EN HOSPITAL (Parte A)

CUIDADO MÉDICO (Parte B)

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.

Si se está inscribiendo en un plan con una prima mensual: Usted puede pagar su prima mensual del plan (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda deber) por correo o por deducción automática 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**. 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 seleccione 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.

Consentimiento de contacto por teléfono

Consentimiento para llamadas que no sean de telemercadeo: Por favor tenga en cuenta que al proporcionar su(s) número(s) de teléfono, usted acepta recibir nuestras llamadas o mensajes de texto que no sean de telemercadeo, como llamadas o mensajes de texto relacionados con su cuidado de la salud, al/a los número(s) proporcionado(s). Con fines de eficiencia, a veces nos comunicaremos con usted usando mensajes o llamadas de discado automático o pregrabados. En los casos donde debamos obtener su consentimiento para dichas llamadas o mensajes, usted puede optar por no participar en cualquier momento.

Consentimiento para llamadas de telemercadeo: Al proporcionar su número de teléfono y firmar este acuerdo, usted permite a WellCare llamarle o enviarle mensajes de texto mediante un sistema telefónico de discado automático o una voz artificial o pregrabada al número de teléfono proporcionado anteriormente. Usted no está obligado a firmar este acuerdo como condición de compra de ningún producto, bien o servicio de WellCare. ☐ Sí ☐ No Firma:_____.

(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 seleccione 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 seleccione 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 seleccione 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)

PARE Por favor lea esta información importante:

Para los planes MAPD: Si usted actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, su inscripción en el plan de Easy Choice puede afectar los beneficios de salud provistos por la cobertura de su empleador o sindicato. Si se inscribe en un plan de salud de Easy Choice, usted podría perder su cobertura de empleador o sindicato. Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite su sitio web, o comuníquese con la oficina que se indica en sus comunicaciones. Si no hay información de contacto, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarle.

Por favor lea y firme:

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

Easy Choice Health Plan (HMO), una compañía de WellCare, es una Organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en Easy Choice (HMO) depende de la renovación del contrato. Necesitaré mantener mis Partes A y B de Medicare. Solamente puedo estar en un plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud de Medicare o plan de Medicamentos con Receta. Es mi responsabilidad informarle a usted sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o pueda tener más adelante. La inscripción en este plan es generalmente para todo el año. Una vez que me inscriba, sólo podré dejar este plan o hacer cambios en ciertas épocas del año, si está disponible un período de inscripción. (Ejemplo: Del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o bajo ciertas circunstancias especiales.

Easy Choice presta servicios en un área de servicio específica. **Si me mudo fuera del área donde Easy Choice presta servicio, necesito notificar al plan para que yo pueda cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área.** Una vez que sea miembro de Easy Choice, tengo el derecho a apelar las decisiones del plan sobre pago o servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento Evidencia de Cobertura de Easy Choice cuando lo reciba para conocer las reglas que debo seguir a fin de recibir cobertura con este plan de Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare generalmente no tienen cobertura bajo Medicare mientras están fuera del país, con la excepción de una cobertura limitada a zonas próximas a la frontera de los EE. UU.

Entiendo que, a partir de la fecha en que comienza mi cobertura de Easy Choice, debo obtener todos los servicios de salud de Easy Choice, a excepción de servicios de emergencia, de urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Estarán cubiertos los servicios autorizados por Easy Choice y otros servicios descritos en mi documento Evidencia de Cobertura de Easy Choice (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI EASY CHOICE PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si estoy recibiendo asistencia de un agente de ventas, intermediario u otra persona empleada o contratada por Easy Choice, él/ella puede recibir compensación basada en mi inscripción en Easy Choice.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que Easy Choice divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para el tratamiento, pago y operaciones necesarias para el cuidado de mi salud. También reconozco que Easy Choice divulgará mi información (incluida la información sobre mis medicamentos con receta) a Medicare, quien podrá divulgarla con fines de investigación o de otro tipo, siempre que se encuentren de conformidad con las leyes y reglamentaciones federales aplicables. La información contenida en este formulario de inscripción es correcta a mi mejor entender. Entiendo que, si proveo intencionalmente información falsa en este formulario, mi inscripción en el plan será cancelada.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi representación, conforme a las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si es firmada por un individuo autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica que: 1) dicha persona está autorizada a completar esta inscripción conforme a las leyes del estado; y 2) la documentación de esta autoridad estará disponible en caso de ser solicitada por Medicare.

Firma: _____ Fecha de hoy: M M D D A A A A

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proveer la siguiente información.

¿Desea que toda la correspondencia sea enviada al representante autorizado? ☐ Sí ☐ No

Nombre:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

No. de teléfono: Relación con el afiliado:

(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 seleccione 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 usted selecciona 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 sindicato 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)

Información de contacto de emergencia:

Contacto de emergencia: (opcional)

No. de teléfono: (opcional)

Relación con usted: (opcional)

Agente de ventas/Solo para uso de la oficina:

Nombre del miembro del personal/agente/intermediario (si ayudó en la inscripción):

Firma del agente: _____ Fecha en que la solicitud fue recibida: M M D D A A A A

Iniciales del agente: ID del agente:

No. de teléfono del agente:

No. de ID del plan: H Fecha de vigencia de la cobertura: M M D D A A A A

☐ ICEP/IEP ☐ AEP ☐ SEP (tipo): ☐ No elegible ☐ Cancelación de la solicitud

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

68548