

# 2016 FORMULARIO DE ELECCIÓN DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL DE MEDICARE ADVANTAGE



Póngase en contacto con Care1st si necesita información en otro idioma o formato (braille).

**Para inscribirse en Care1st, proporcione la siguiente información:**

**Care1st AdvantageOptimum Plan (HMO)**

- Los Ángeles/Orange \$0/mes
- San Joaquín \$32/mes
- Stanislaus \$48/mes
- San Bernardino/Riverside \$0/mes
- San Diego \$0/mes
- Santa Clara \$22/mes
- El Paso \$0/mes
- Alameda \$32/mes
- Fresno \$0/mes
- Merced \$0/mes
- San Francisco \$32/mes

**Coordinated Choice Plan (HMO)**

- Los Ángeles, Orange, San Diego, San Bernardino, Riverside, Santa Clara, Merced, Fresno \$31/mes\*
- El Paso \$28/mes\*

\*Las primas pueden variar según el nivel de ayuda adicional que reciba. Para obtener más detalles, póngase en contacto con el plan.

**Care1st TotalDual Plan (HMO SNP)**

*Este plan está diseñado para las personas que cumplen con criterios de inscripción específicos. Puede reunir los requisitos para inscribirse en este plan si recibe ayuda del estado.*

- San Diego \$31/mes\*
- Los Ángeles \$31/mes\*
- Alameda/San Francisco/Santa Clara \$31/mes\*
- Orange/San Bernardino \$31/mes\*

APELLIDO: \_\_\_\_\_ PRIMER nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del 2.º nombre:  Sr.  Sra.  Srta.

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Teléfono particular: ( ) \_\_\_\_\_ Número de teléfono alternativo: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección de residencia permanente (no se admiten casillas de correo): \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Contacto para emergencias:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_ **Relación con usted:** \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Proporcione la información del seguro de Medicare.**

Tenga su tarjeta de Medicare a mano para completar esta sección.

- Complete estos espacios en blanco de manera que coincidan con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o la carta del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios.

Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

<b>MEDICARE</b>		<b>HEALTH INSURANCE</b>
<b>SAMPLE ONLY</b>		
Name: _____		
Medicare Claim Number _____	Sex _____	_____
Is Entitled To	Effective Date	
<b>HOSPITAL (Part A)</b>	_____	
<b>MEDICAL (Part B)</b>	_____	

## Cómo pagar la prima del plan

**Puede pagar la prima mensual del plan (incluso la multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que adeude) todos los meses por correo. También puede pagar la prima todos los meses mediante descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB). Si a usted se le adjudica una cantidad del ajuste mensual relacionado al ingreso de la Parte D, será notificado por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. A usted se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o bien recibirá la factura directamente de Medicare o la RRB. NO pague a Care1st la parte D-IRMAA.**

Las personas con ingresos limitados pueden cumplir con los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetado. Si resulta elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de los medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que cumplan con los requisitos no quedarán sujetas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos beneficios y no lo saben.

Para obtener información sobre esta ayuda adicional, póngase en contacto con la oficina local del Seguro Social o bien 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 en línea en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si cumple con los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura para medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una parte de la prima, le enviaremos a usted la factura por el monto que Medicare no cubra.

Si no elige una opción de pago, recibirá una libreta de cupones.

### Elija una opción de pago de la prima:

Recibir una libreta de cupones.

Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB). (La deducción del Seguro Social/de la RRB puede demorarse hasta dos meses o más en comenzar 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 aceptan su solicitud de deducción automática, el primer descuento del cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigor de la inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales).

## Lea y responda estas preguntas importantes.

1. ¿Padece una enfermedad renal terminal (ESRD)?  Sí  No

Si recibió un trasplante de riñón con éxito o ya no necesita diálisis regulares, adjunte una nota o los registros del médico que indiquen que usted recibió un trasplante exitoso de riñón o que ya no necesita diálisis; de lo contrario, tal vez sea necesario que nos contactemos con usted para obtener información adicional.

2. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura médica o para medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios de salud para empleados, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura médica o para medicamentos recetados además de Care1st?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", mencione la otra cobertura y su número de identificación para esa cobertura:

Nombre de la otra cobertura médica: N.º de ident. para esta cobertura médica: N.º de grupo para esta cobertura médica:

Nombre de la otra cobertura para medic.: N.º de ident. para esta cobertura para medic.: N.º de grupo para esta cobertura para medic.

3. ¿Reside en un establecimiento de cuidado a largo plazo, como un hogar de convalecencia?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información: Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

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

4. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", proporcione el número de Medicaid: \_\_\_\_\_

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan?  Sí  No

## Elija el nombre del médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Nombre del médico	Número de ident.	Grupo médico/nombre de IPA

¿Es paciente de este médico?  Sí  No



## Lea esta información importante

**Si, en la actualidad, cuenta con la cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en Care1st podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato. Si se inscribe en Care1st, podría perder la cobertura de salud provista por su empleador o sindicato.** Lea las comunicaciones que le envían su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o póngase en contacto con la oficina que figura en las comunicaciones que le envían. Si no cuenta con ninguna información sobre con quién contactarse, puede ponerse en contacto con el administrador de beneficios o con la oficina encargada de responder preguntas sobre su cobertura, quienes podrán ayudarle.

### Lea y firme a continuación

#### **Completando esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:**

Care1st es un plan Medicare Advantage y ha celebrado un contrato con el gobierno federal. Necesitaré conservar la cobertura de las Partes A y B de Medicare. Solamente puedo tener un plan Medicare Advantage a la vez, y comprendo que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura para medicamentos recetados que tenga o que pueda tener en el futuro. Generalmente, la inscripción en este plan es para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo cancelar mi inscripción al plan o efectuar cambios solo en determinados momentos del año, en los períodos de inscripción disponibles (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o en determinadas circunstancias especiales.

Care1st brinda servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que Care1st brinda servicios, debo avisar al plan para que pueda cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en la nueva área. Una vez que sea miembro de Care1st, tendré derecho a apelar las decisiones que tome el plan respecto de pagos o servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de cobertura de Care1st cuando lo reciba para conocer las normas que debo respetar para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas que tienen Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, salvo por la cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Comprendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Care1st, debo recibir toda la atención médica de parte de Care1st, salvo por los servicios de emergencia o urgencia, o por los servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por Care1st y otros servicios incluidos en el documento de Evidencia de cobertura de Care1st (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Si no se cuenta con autorización, NI MEDICARE NI Care1st PAGARÁN LOS SERVICIOS.

Comprendo que, si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por Care1st, esta persona puede recibir un pago en función de mi inscripción en Care1st.

**Divulgación de información:** al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que Care1st puede divulgar mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para cualquier tratamiento, pago o atención médica. También reconozco que Care1st divulgará mi información a Medicare, incluso los datos sobre acontecimientos relacionados con medicamentos recetados, y que Medicare puede divulgarla con fines de investigación o para otros fines que estén de acuerdo con todas las leyes y reglamentaciones federales aplicables. A mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que si proporciono información falsa en este formulario, en forma intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud implica que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si una persona autorizada (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para realizar esta inscripción, y que 2) la documentación de esta autoridad estará disponible en caso de que Medicare la requiera.

**Marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea español, o en otro formato.**  Inglés  Chino  Vietnamita

*Contáctenos si necesita un formato como braille, en cintas de audio o en tamaño de letra grande.*

Si necesita información en un formato o idioma distinto de los mencionados arriba, póngase en contacto con Care1st llamando al 1-800-544-0088 (TTY: 711). Desde 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

### **Declaración de elegibilidad para un período de inscripción**

Por lo general, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el Período de inscripción anual, que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período. Lea detenidamente los siguientes enunciados y marque la casilla del enunciado que se aplique en su caso. Si marca cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, según su leal saber y entender, usted es elegible para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, se puede cancelar su inscripción en el plan.

- Soy beneficiario de Medicare.
- Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o hace poco me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_.
- Tengo Medicare y Medi-Cal o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare.
- Recibo ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos recetados de Medicare.
- Ya no cumplo con los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados de Medicare. Dejé de recibir la ayuda adicional el \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_.
- Me voy a vivir o vivo en un establecimiento de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia) o hace poco me fui de un establecimiento de este tipo. Me mudé/me mudaré fuera de la institución el \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_.
- Recientemente salí del programa PACE el \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_.
- Hace poco y en forma involuntaria, perdí mi cobertura acreditable para medicamentos recetados (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura el \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_.
- Voy a abandonar la cobertura de mi empleador o sindicato el \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica que ofrece mi estado o hace mucho participo en dicho programa/recientemente perdí mi participación en dicho programa el \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_.
- Mi plan va a terminar su contrato con Medicare, o Medicare va a terminar su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP), pero ya no cumplo con los requisitos para participar en dicho plan. Me dieron de baja del Plan de necesidades especiales el \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_.

Si ninguno de estos enunciados se aplica a su caso o si no está seguro, comuníquese con Care1st Health Plan al 1-800-544-0088 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

<b>Firma:</b> _____	<b>Fecha de hoy:</b> _____
---------------------	----------------------------

Si es el representante autorizado, debe firmar arriba y brindar la siguiente información:

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_** **Relación con la persona inscrita:** \_\_\_\_\_

#### **Únicamente para uso del corredor/ventas**

Nombre del agente: \_\_\_\_\_ Ident. del agente de Care1st: \_\_\_\_\_

Formulario por el plan recibido el: \_\_\_\_\_ Teléfono/correo electrónico del agente: \_\_\_\_\_

Firma del agente: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro del personal/agente/corredor (si obtuvo ayuda para la inscripción): \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_

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

#### **Únicamente para uso de la Oficina de inscripción de Care1st**

Ident. de la confirmación: \_\_\_\_\_ Ident. de la persona inscrita: \_\_\_\_\_