



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN 2011

Para inscribirse en Easy Choice Health Plan (HMO), proporcione la siguiente información:

Marque la casilla del plan en el que desea inscribirse:

Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP) – Un plan de elegibilidad doble, condado de Los Ángeles, California

Easy Choice Best Plan (HMO) – Condado de Los Ángeles, California

Easy Choice Plus Plan (HMO) – Condado de Orange, California

APELLIDO: _____ PRIMER nombre: _____ Inicial 2.º nombre _____ Sr. Sra. Srta.

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono personal: () ____ - _____	Número de teléfono alternativo: (Opcional) () ____ - _____
--------------------------------------	--	--	---

Calle del domicilio permanente (no se admiten casillas de correo):

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

Domicilio postal (sólo si es distinto del domicilio permanente):

Calle Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

PROPORCIONE LOS DATOS DE SU COBERTURA DE MEDICARE

Consulte su tarjeta de Medicare para completar esta sección.

- Complete los espacios en blanco con los datos que figuran en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.
- O -
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o bien la carta de la Administración del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferrovianos.

Para afiliarse a un plan Medicare Advantage, debe tener cobertura de Medicare Parte A y Parte B.

SAMPLE ONLY	
Name: _____	
Medicare Claim Number _____	Sex _____
_____ - _____ - _____	
Is Entitled To _____	Effective Date _____
HOSPITAL (Part A) _____	
MEDICAL (Part B) _____	

PAGO DE LA PRIMA DEL PLAN

Si se determinara que debe pagar una multa por inscripción tardía (o si actualmente usted tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo todos los meses. También puede optar por pagar la prima mediante una deducción automática de su cheque del Seguro Social todos los meses.

Puede pagar la prima mensual del plan (incluidas las multas por inscripción tardía que deba o pudiera deber) por correo todos los meses. También puede optar por pagar la prima mediante una deducción automática de su cheque del Seguro Social todos los meses.

Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar el costo de sus medicamentos de venta con receta. Si usted es elegible, Medicare puede pagar hasta un 75% o más de los

costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos de venta con receta, los deducibles anuales y los coaseguros. Asimismo, aquéllos que califiquen no estarán sujetos a la brecha de cobertura ni a multas por inscripción tardía. Mucha gente es elegible para estos ahorros y ni siquiera lo sabe. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar la ayuda adicional por Internet en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si usted califica para recibir ayuda adicional para pagar el costo de los medicamentos de venta con receta cubiertos por Medicare, Medicare pagará toda la prima del plan o parte de ella. Si Medicare paga sólo una parte de esta prima, le cobraremos la parte que Medicare no cubre. Si no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Elija una opción para pagar la prima:

Recibir una factura todos los meses.

Deducción automática de mi cheque mensual del Seguro Social. **(La deducción del cheque del Seguro Social puede demorar dos meses o más en comenzar. En la mayoría de los casos, la primera deducción de su cheque mensual del Seguro Social incluye todas las primas adeudadas desde la fecha de alta en el sistema hasta la fecha de inicio de la retención).**

LEA Y RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES

1. ¿Padece enfermedad renal en etapa terminal (ERET)? Sí No

Si respondió “Sí” y ya no necesita diálisis en forma periódica o tuvo un trasplante exitoso de riñón, adjunte una nota o un historial provisto por su médico en el que se indique que usted ya no necesita diálisis o que ha tenido un trasplante exitoso de riñón.

2. Algunas personas pueden tener otro plan de salud u otra cobertura de medicamentos, tales como seguros privados, TRICARE, cobertura de salud de empleados del Gobierno federal, beneficios otorgados por el Departamento de Asuntos de Veteranos o programas estatales de ayuda para la compra de medicamentos. ¿Tiene usted otro plan de salud u otra cobertura de medicamentos de venta con receta además de Easy Choice Health Plan? Sí No

Si respondió “Sí”, indique su otra cobertura y los números de identificación (ID) correspondientes:

Nombre de la otra cobertura:

N.º de ID de esta cobertura

N.º de grupo de esta cobertura

3. ¿Reside usted en un establecimiento de cuidado a largo plazo, como una residencia de la tercera edad?
 Sí No

Si respondió “Sí”, brinde la siguiente información:

Nombre del instituto: _____

Dirección y número de teléfono del instituto (altura y calle): _____

4. ¿Está usted afiliado al programa Medicaid del estado en que reside? Sí No

Si respondió “Sí”, proporcione su número de Medicaid: _____

5. ¿Trabaja usted o su cónyuge? Sí No

6. ¿Tiene usted Medicare y Medi-Cal? Sí No

Elija un médico de cabecera (PCP), una clínica o un centro de salud:

Nombre:

N.º de identificación del PCP:

Marque una de las siguientes opciones si prefiere que le enviemos información en otro idioma o en otro formato:

_____ Idiomas disponibles: *koreano, chino, español o vietnamita*

_____ Otros formatos: *braille, audio o letras grandes*

Comuníquese con Easy Choice Health Plan (HMO) al 1-866-999-3945 si necesita información en un formato o en un idioma no incluido arriba. Horario de atención: lunes a domingo de 8.00 a. m. a 8.00 p. m.

Firma del solicitante:

Fecha de hoy:

Si usted es el representante autorizado (apoderado o tutor), debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____

Relación con el beneficiario: _____

FOR OFFICE USE ONLY:

Health Plan Membership ID #: _____

Received Date: ___ ___ / ___ ___ / ___ ___

Proposed Effective Date of Coverage: ___ ___ / ___ ___ / ___ ___

Name of Staff or Sales Agent/Broker (if assisted in enrollment) _____

Sales Agent Enroller I.D.: _____

Sales Lead Source (select one) Sales Event Appointment Inbound Call Lead

Scope of Appointment/Lead Card Attached: Yes No **Appointment Voice Recorded** Yes No

ELECTION TYPE :

Annual Enrollment Period (October 15, 2010 to December 7, 2010)

Special Election Period (type): _____

Not Eligible: _____

**Información que debe incluirse con el mecanismo de inscripción -
Constancia de elegibilidad para un periodo de inscripción**

Normalmente, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el periodo de inscripción anual, entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que permiten inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de dicho periodo.

Lea con atención los siguientes enunciados y marque la casilla del que mejor describa su situación. Al marcar cualquiera de las casillas a continuación, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un periodo de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que cancelemos su afiliación.

- Soy nuevo en Medicare.
- Me mudé recientemente y ya no vivo en el área de servicio de mi plan actual, o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (inserte fecha): ____ / ____ / ____
- Tengo Medicare y Medi-Cal, o el Estado me ayuda a pagar las primas de Medicare.
- Recibo ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare.
- Ya no reúno los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare. Dejé de recibir la ayuda adicional el (inserte fecha):
____ / ____ / ____
- Vivo, vivía o voy a vivir en un establecimiento de cuidado a largo plazo (por ejemplo, una residencia de la tercera edad). Ingresé, ingresaré o dejaré el centro el (insertar fecha):
____ / ____ / ____
- Dejé recientemente un programa PACE (insertar fecha): ____ / ____ / ____
- Recientemente, y por motivos ajenos a mi voluntad, se canceló mi cobertura de medicamentos de venta con receta acreditable (una cobertura al nivel de Medicare). La cobertura se canceló el (inserte fecha):
____ / ____ / ____
- Abandonaré la cobertura de mi empleador o de mi sindicato el (insertar fecha):
____ / ____ / ____
- Pertenezco al programa de asistencia farmacéutica provisto por mi estado.
- Volví recientemente a los Estados Unidos después de vivir en forma permanente en otro país. Regresé a los Estados Unidos el (inserte fecha): ____ / ____ / ____
- Mi plan finalizará su contrato con Medicare, o Medicare finalizará su contrato con mi plan.
- Ninguno de estos enunciados se aplica a mi situación*.

* Comuníquese con Easy Choice Health Plan HMO al 1-866-999-3945 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929) para consultar si reúne los requisitos para inscribirse. Horario de atención: lunes a domingo de 8.00 a. m. a 8.00 p. m.



LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN

Si actualmente tiene una cobertura de salud a través de su empleador o de su sindicato y se afilia a Easy Choice Health Plan (HMO), sus prestaciones podrían verse afectadas. Si se afilia a Easy Choice Health Plan (HMO), podría perder la cobertura de salud que le brinda su empleador o su sindicato. Lea las comunicaciones que le envía su empleador o su sindicato. Si tiene alguna duda, consulte el sitio web de ellos o contáctese con la oficina indicada en dichas comunicaciones. Si no figurase ningún dato de contacto, solicite ayuda a su administrador de prestaciones o a la oficina encargada de brindar información sobre su cobertura.

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Easy Choice Health Plan (HMO) es un plan Medicare Advantage que tiene contrato con el Gobierno federal. Debo conservar mi cobertura de Medicare Parte A y Parte B. Sólo puedo estar afiliado a un plan Medicare Advantage por vez y entiendo que, al inscribirme en este plan, seré dado de baja automáticamente de mi otra cobertura de salud o de medicamentos de venta con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarles acerca de cualquier cobertura de medicamentos de venta con receta que tenga o pudiera tener en el futuro. En general, la inscripción en este plan es para todo el año. Después de inscribirme, puedo abandonar el plan o hacer modificaciones únicamente en determinados momentos del año, cuando haya un periodo de elección disponible (por ejemplo, del 15 de octubre al 7 de diciembre) o bien bajo ciertas circunstancias especiales.

Easy Choice Health Plan (HMO) presta sus servicios en un área específica. Si me mudo del área de servicio donde atiende Easy Choice Health Plan (HMO), debo notificar al Plan a fin de cancelar mi afiliación y buscar un nuevo plan en mi nueva área de residencia. Una vez afiliado a Easy Choice Health Plan (HMO), tengo derecho a apelar las decisiones tomadas por el Plan en relación con pagos y servicios, si no estuviese de acuerdo. Leeré el Certificado de Cobertura de Easy Choice Health Plan (HMO) cuando lo reciba, a fin de conocer las normas que debo respetar para acceder a la cobertura de este plan Medicare Advantage. Entiendo que los afiliados de Medicare no suelen tener cobertura de Medicare en otros países, excepto en lugares cercanos a la frontera de los Estados Unidos, donde la cobertura es limitada.

Entiendo que, a partir de la fecha de inicio de la cobertura de Easy Choice Health Plan (HMO), todos los servicios de salud que necesite debo obtenerlos a través de Easy Choice Health Plan (HMO), a excepción de los servicios de emergencia o de urgencia y de los servicios de diálisis fuera del área de cobertura. La cobertura abarca los servicios autorizados por Easy Choice Health Plan (HMO) y los servicios incluidos en mi Certificado de Cobertura de Easy Choice Health Plan (HMO) (también denominado contrato del afiliado o acuerdo de afiliación). Si los servicios no están autorizados, **NI MEDICARE NI EASY CHOICE HEALTH PLAN (HMO) PAGARÁN POR ELLOS.**

Entiendo que, si recibo asesoramiento de un agente o representante de ventas o de otro individuo que sea empleado de Easy Choice Health Plan (HMO) o que trabaje para dicha entidad mediante contrato, dicha persona puede recibir una compensación por haberme afiliado a Easy Choice Health Plan (HMO).

Divulgación de información: Al afiliarme a este plan de salud de Medicare, presto mi consentimiento para que Easy Choice Health Plan HMO divulgue mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para la realización de tratamientos, pagos y operaciones referentes a la atención médica. También autorizo a Easy Choice Health Plan HMO a divulgar información sobre mi persona, incluidos datos sobre mis medicamentos de venta con receta, a Medicare, quien podrá divulgarla para la realización de investigaciones y para otros propósitos permitidos por las leyes y los estatutos federales vigentes. A mi leal saber y entender, la información consignada en este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que si, deliberadamente, proporcioné información falsa en este formulario, mi suscripción al plan será cancelada. Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre bajo las leyes del estado en que resido) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido que figura en ambos lados del formulario. Si firma una persona autorizada (según se describe anteriormente), dicha firma certifica que: 1) esta persona está autorizada en virtud de las leyes estatales para llevar a cabo la presente inscripción y 2) la documentación de dicha autorización se encuentra disponible a pedido de Easy Choice Health Plan HMO o de Medicare.