



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN 2012

Póngase en contacto con Easy Choice Health Plan (HMO) si necesita información en otro idioma o formato (braille).

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

Marque la casilla del plan en el que desea inscribirse:

- Easy Choice Best Plan (HMO) \$ 0 por mes**
– Condados de Los Ángeles, Orange, Riverside y San Bernardino, California
- Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP) \$ 0 por mes**
– Un plan de elegibilidad doble, condado de Los Ángeles, California
- Easy Choice Plus Plan (HMO) \$ 23.60* por mes** – Condado de Orange, California

**Para algunas personas, esta prima puede pagarla Medicaid u otro tercero en forma total o parcial.*


APELLIDO:		PRIMER nombre:	Inicial del 2.º nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono particular: () _____ - _____	Número de teléfono alternativo: (opcional) () _____ - _____	
Dirección de residencia permanente (no se permite casilla de correo):				
Ciudad:		Estado:	Código postal:	
Dirección postal (únicamente si es distinta de la dirección de residencia permanente):				
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:

PROPORCIONE LA INFORMACIÓN DEL SEGURO DE MEDICARE:

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

- Complete los espacios en blanco de manera que concuerden con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.
- O-
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta de la Administración del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

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

	
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 determinamos que debe pagar una multa por inscripción tardía (o si tiene actualmente una multa por inscripción tardía), necesitamos saber de qué manera prefiere pagar esta multa. Puede pagar todos los meses por correo. También puede seleccionar pagar su prima con una deducción automática mensual de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Si se determina que tiene que pagar una cantidad ajustada mensual de la Parte D debido a sus ingresos, será notificado por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Se le puede retener la cantidad de su cheque de beneficios del Seguro Social o enviar directamente la factura de Medicare, o de la Junta de Retiro Ferroviario. **NO pague la cantidad adicional de la Parte D-IRMAA a Easy Choice Health Plan (HMO).**

Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si resulta elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de los medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no quedarán sujetas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para obtener estos descuentos y no lo saben. Para obtener más 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 la ayuda adicional por Internet en el sitio www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si reúne los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura para medicamentos con receta 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 la cifra que Medicare no cubra. Si no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Elija una opción de pago de la prima:

Recibir una factura mensual.

Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario. (Puede tomar dos meses o más para comenzar la deducción después de que el Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario aprueba la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario incluirá todas las primas que deba de su inscripción desde la fecha que entra en vigencia hasta que comience la retención. Si el Seguro Social/la Junta de Retiro Ferroviario no aprueba su solicitud para deducción automática, le enviaremos una factura por su prima mensual).

LEA Y RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES

1. ¿Padece enfermedad renal terminal? Sí No

Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso o si ya no necesita diálisis en forma regular, adjunte una nota o registros de su médico que muestren que su trasplante de riñón fue exitoso o que usted ya no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que tengamos que comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura 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 alguna otra cobertura para medicamentos con receta además de Easy Choice Health Plan (HMO)?

Sí No

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

Nombre de la otra cobertura: _____

Núm. de identificación
para esta cobertura

Núm. de grupo para
esta cobertura

3. ¿Reside en un centro de atención 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 de 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 (Primary Care Physician, PCP), clínica o centro de salud:

Nombre: _____ Núm. de identificación del PCP: _____

Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea el inglés, o en otro formato:

_____ Idiomas disponibles: *chino, coreano, español o vietnamita.*

_____ Otros formatos: *braille, cinta de audio o tamaño de letra grande.*

Si necesita información en un formato o idioma distinto de los mencionados arriba, póngase en contacto con Easy Choice Health Plan (HMO) al 1-866-999-3945. Nuestro horario de atención es: de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929.

Firma del solicitante:

Fecha de hoy:

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____

Relación con la persona inscrita: _____

FOR OFFICE USE ONLY:

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

Health Plan Membership ID #: _____

Received Date: ____ / ____ / ____

ELECTION TYPE:

ICEP/IEP: _____

Annual Enrollment Period (October 15, 2011 to December 7, 2011)

Special Election Period (type): _____

Not Eligible: _____

Por lo general, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual 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. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a 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 un miembro nuevo 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 (introducir fecha) ____ / ____ / ____.
- Hace poco volví a los Estados Unidos después de vivir en forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (introducir fecha) ____ / ____ / ____.
- Tengo tanto Medicare como Medi-Cal o el estado me ayuda a pagar las primas de Medicare.
- Recibo ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Ya no reúno los requisitos para recibir ayuda adicional para la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Dejé de recibir la ayuda adicional el (introducir fecha): ____ / ____ / ____.
- Viviré o vivo en un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia o centro de atención a largo plazo), o hace poco me fui de un centro de este tipo. Me mudé/mudaré a la institución, me fui/iré de la institución, el (introducir fecha). ____ / ____ / ____.
- Recientemente salí del programa PACE (introducir fecha): ____ / ____ / ____.
- Hace poco y en forma involuntaria perdí mi cobertura acreditable para medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare).
Perdí la cobertura de mis medicamentos recetados el (introducir fecha): ____ / ____ / ____.
- Voy a abandonar la cobertura de mi empleador o sindicato (introducir fecha):
____ / ____ / ____.
- Participo en un programa de asistencia farmacéutica que ofrece mi estado.
- Mi plan termina su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en el Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) pero ya no tengo la calificación necesaria para permanecer en el plan. Me dieron de baja del SNP el (introducir fecha):
____ / ____ / ____.

Si ninguno de estos enunciados se aplica a su caso o si no está seguro, póngase en contacto con Easy Choice Health Plan (HMO) al 1-866-999-3945 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929) para averiguar si reúne los requisitos para inscribirse. Atendemos los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.



Lea esta información importante

Si en la actualidad cuenta con la cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en Easy Choice Health Plan (HMO) podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato. Si se inscribe en Easy Choice Health Plan (HMO), podría perder la cobertura de salud provista por su empleador o sindicato. Lea las comunicaciones que le envía 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 comunicarse con el administrador de beneficios o con la oficina encargada de responder preguntas sobre su cobertura, quienes podrán ayudarlo.

Lea y firme a continuación

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Easy Choice Health Plan (HMO) 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 con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informar sobre cualquier cobertura para medicamentos con receta 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 elección disponibles (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o en determinadas circunstancias especiales.

Easy Choice Health Plan (HMO) brinda servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que Easy Choice Health Plan (HMO) 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 Easy Choice Health Plan (HMO), tendré derecho a apelar las decisiones que tome el plan respecto de pagos y servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré la Evidencia de cobertura de Easy Choice Health Plan (HMO) cuando la 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 Easy Choice Health Plan (HMO) debo recibir toda la atención médica de parte de Easy Choice Health Plan (HMO), salvo por los servicios de emergencia o urgencia, o por los servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por Easy Choice Health Plan (HMO) y otros servicios incluidos en el documento de Evidencia de cobertura de Easy Choice Health Plan (HMO) (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Si no se cuenta con autorización, **NI MEDICARE NI EASY CHOICE HEALTH PLAN (HMO) PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Comprendo que si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por Easy Choice Health Plan (HMO), esta persona puede recibir un pago en función de mi inscripción en Easy Choice Health Plan (HMO).

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que Easy Choice Health Plan HMO divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para cualquier tratamiento, pago y atención médica. También acepto que Easy Choice Health Plan HMO divulgue mi información a Medicare, incluso los datos sobre acontecimientos relacionados con medicamentos con receta, 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 comprendido el contenido de ambos lados 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 completar esta inscripción, y 2) Medicare cuenta con la documentación de esta autoridad, que está disponible a solicitud.