

FORMULARIO DE ELECCIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL (NO DE GRUPOS)

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un plan Medicare Advantage

Para adherirse a un plan, debe reunir los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano estadounidense o encontrarse legalmente en Estados Unidos.
- Vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para afiliarse a un plan Medicare Advantage, también debe contar con los siguientes:

- Medicare Part A (seguro hospitalario)
- Medicare Part B (seguro médico)

¿Cuándo debo utilizar este formulario?

Puede unirse a un plan:

- entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para tener cobertura a partir del 1 de enero)
- en los 3 meses siguientes a la fecha en que empezó a percibir Medicare
- en determinadas situaciones en las que se le permite afiliarse o cambiar de plan

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para rellenar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que figura en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debe cumplimentar todos los puntos, a menos que estén marcados como opcionales. No pueden denegarle la cobertura por no cumplimentar los puntos opcionales.

Recuerde:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario cumplimentado antes del 7 de diciembre.
- Su seguro le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de las primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su prestación mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación para Ferrovianos).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario cumplimentado y firmado a la siguiente dirección:

AmeriHealth Medicare PPO
1901 Market Street
Philadelphia, PA 19103

Una vez que procesen su solicitud de afiliación, se pondrán en contacto con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a AmeriHealth Medicare PPO al 1-800-898-3492. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a AmeriHealth Medicare PPO al 1-800-898-3492 (TTY/TDD: 711) o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

Si desea afiliarse a un plan, pero no tiene residencia permanente, un apartado de correos, la dirección de un centro de acogida o clínica o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, los cheques del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

Conforme a la Paperwork Reduction Act (Ley de Simplificación de Trámites Administrativos) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que se muestre un número válido de control de OMB. El número válido de control de OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de aproximadamente 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de la(s) estimación(es) de tiempo o alguna sugerencia para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún otro elemento con sus datos personales (como reclamaciones, pagos, historiales médicos, etc.) a la Oficina de Liquidación de Informes de la ARP. Todos los elementos que recibamos que no se refieran a cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) serán destruidos. No se conservarán, revisarán ni remitirán al plan. Para enviar el impreso cumplimentado al plan, consulte el apartado "Qué hacer a continuación" de esta página.



62131

**FORMULARIO DE ELECCIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL (NO DE GRUPOS)**

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

A Para inscribirse en AmeriHealth PPO, proporcione la siguiente información (a menos que esté marcada como opcional):

Responder a las preguntas marcadas como opcionales es su elección. No se le puede negar la cobertura por no responderlas.

Marque el casillero al lado del plan en el que desea inscribirse:

(Condados: Atlantic, Burlington, Camden, Gloucester, Mercer, Middlesex y Ocean).

AmeriHealth Medicare Core PPO Médica con receta 001

Prima mensual

\$0

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO Médica con receta 002

\$30.40

AmeriHealth Medicare Secure PPO Médica con receta 003

\$0

AmeriHealth Medicare Ultimate PPO Médica con receta 004

\$0

Apellido:

Nombre:

Inicial del segundo nombre:

Fecha de nacimiento:

(____/____/____)

(MM/DD/AAAA)

Sexo: M F Sr. Sra. Srta.**Número de teléfono:** ()**Dirección de correo electrónico** (esta pregunta es opcional):

Al dar voluntariamente a AmeriHealth mi número de teléfono (incluyendo mi número de celular) o dirección de correo electrónico, autorizo a AmeriHealth Insurance Company of New Jersey y sus afiliadas (colectivamente AmeriHealth) a enviarme información/datos sobre AmeriHealth, incluyendo, pero sin limitarse a, información sobre mi cuenta y otros productos y servicios de seguro. AmeriHealth puede comunicarse conmigo por correo electrónico, mensajes de texto automáticos o llamadas telefónicas. Pueden aplicar tarifas estándar de datos y mensajes. No se requiere comprar bienes y servicios de AmeriHealth. Envíe un mensaje con la palabra STOP (parar) para suspender y HELP (ayuda) para obtener ayuda. Términos y condiciones en www.myhelpsite.net/amerihealth. Toda información que proporcione a AmeriHealth está sujeta a la Política de Privacidad de AmeriHealth.

Domicilio permanente (No incluya casillas de correo. Nota: En el caso de las personas sin hogar, un apartado de correos se puede considerar como domicilio permanente):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Dirección postal (solo si no es igual a su dirección de residencia permanente):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Contacto de emergencia: _____

Número de teléfono: _____ Relación con usted: _____

62131



D Lea y responda estas preguntas importantes (a menos que estén marcadas como opcionales):

Responder a las preguntas marcadas como opcionales es su elección. No se le puede negar la cobertura por no responderlas.

1. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de AmeriHealth Medicare PPO? Sí No

Nombre de la otra cobertura: _____ Número de identificación de esta cobertura: _____ Número de grupo de esta cobertura: _____

2. ¿Usted reside en un centro de cuidado a largo plazo, como una residencia para ancianos? Sí No

Si la respuesta es "Sí", brinde la siguiente información:

Nombre de la residencia: _____

Dirección y número de teléfono de la residencia (número y calle): _____

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

Si la respuesta es "Sí", brinde su número de Medicaid: _____

4. ¿Trabaja? (Esta pregunta es opcional) Sí No

5. ¿Trabaja su cónyuge? (Esta pregunta es opcional) Sí No

6. ¿Es usted de origen hispano, latino o español? Marque todas las opciones que correspondan. (Esta pregunta es opcional)

No, no de origen hispano, latino/a o español Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano

Sí, puertorriqueño Sí, cubano

Sí, otro origen hispano, latino o español

Prefiero no responder.

7. ¿Cuál es su raza? Marque todas las opciones que correspondan. (Esta pregunta es opcional)

Indio norteamericano o nativo de Alaska Negro o afroamericano Blanco

Asiático **Prefiero no responder.**

Indio asiático

Chino

Filipino

Japonés

Coreano

Vietnamita

Otro Asiático

Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico:

Guameño o chamorro

Hawaiano nativo

Samoano

Otro Isleño del Pacífico

D Lea y responda estas preguntas importantes (a menos que estén marcadas como opcionales):

Responder a las preguntas marcadas como opcionales es su elección. No se le puede negar la cobertura por no responderlas.

8. ¿Cuál es su género? Seleccione uno. (Esta pregunta es opcional)

Mujer

Uso un término diferente: _____

Hombre

Prefiero no responder.

No binario

9. ¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor la forma en que se percibe? Seleccione uno. (Esta pregunta es opcional)

Lesbiana o gay

Uso un término diferente: _____

Heterosexual, es decir, ni gay ni lesbiana

No sé

Bisexual

Prefiero no responder.

Marque el casillero que corresponda a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible (esta pregunta es opcional):

Otro idioma (indique cuál) _____

Braille

Letra grande

CD de audio

CD de datos

Póngase en contacto con AmeriHealth si necesita información en un formato accesible o en un idioma que no se mencione más arriba. Llame a la línea gratuita 1-800-898-3492 (TTY/TDD: 711), disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Tenga en cuenta que, durante los fines de semana y días festivos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, su llamada puede enviarse al correo de voz.

E Elija a sus proveedores (a menos que esté marcado como opcional)**Responder a las preguntas marcadas como opcionales es su elección. No se le puede negar la cobertura por no responderlas.**

Médico de cuidados primarios
(marque la casilla si es el médico actual*)
(Esta pregunta es opcional)

N.º de código médico/Identificación de grupo

El número de 9 dígitos que aparece debajo
del nombre del proveedor en el directorio**F Certificación de elegibilidad para un período de inscripción**

Normalmente, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual, desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes afirmaciones detenidamente y marque el casillero si la afirmación se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de los siguientes casilleros, está garantizando que, a su entender, usted es elegible para un período de inscripción. Si, más adelante, determinamos que esta información es incorrecta, podemos desafiliarlo.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta para Medicare Advantage (MA OEP).
- Hace poco tiempo, me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (indique la fecha)_____.
- Me liberaron recientemente de la prisión. Me liberaron el (indique la fecha)_____.
- Regresé hace poco tiempo a los Estados Unidos luego de vivir permanentemente fuera el país. Regresé al país el (indique la fecha)_____.
- Recientemente, obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (indique la fecha)_____.
- Recientemente, hubo un cambio en mi cobertura de Medicaid (acabo de obtener Medicaid, cambió mi nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de Medicaid) el (indique la fecha)_____.
- Recientemente, hubo un cambio en la ayuda que recibo del programa Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare (acabo de obtener Ayuda Adicional, cambió mi nivel de asistencia de Ayuda Adicional o perdí la cobertura de Ayuda Adicional) el (indique la fecha)_____.
- Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado ayuda con el pago de mis primas de Medicare) o tengo Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no hubo ningún cambio.
- Me mudaré a un centro de cuidado prolongado, vivo en uno o recientemente me fui uno (por ejemplo, una residencia para ancianos). Me mudaré a este centro o me iré el (indique la fecha)_____.
- Hace poco tiempo, dejé un programa PACE el (indique la fecha)_____.
- Recientemente, perdí mi cobertura válida de medicamentos recetados de manera involuntaria (con una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (indique la fecha)_____.
- Abandonaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (indique la fecha)_____.
- Soy parte de un programa de asistencia farmacéutica brindado por mi estado.
- Mi plan finalizará su contrato con Medicare o Medicare finalizará el contrato con mi plan.
- Medicare (o mi estado) me ha inscrito en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (indique la fecha)_____.
- Estaba inscrito en un Plan para Necesidades Especiales (SNP, Special Needs Plan), pero perdí la calificación de necesidades especiales obligatoria para tener ese plan. Mi inscripción al SNP fue cancelada el (indique la fecha)_____.
- Me afectó una emergencia o un grave desastre, según lo indican la Federal Emergency Management Agency (FEMA, Agencia Federal para el Manejo de Emergencias) o una agencia del gobierno federal, estatal o local. Una de las otras afirmaciones era aplicable a mi caso, pero no pude solicitar mi inscripción debido al desastre natural.

F**Certificación de elegibilidad para un período de inscripción**

Si ninguna de estas afirmaciones se aplican a usted o si tiene dudas, comuníquese con AmeriHealth al 1-800-898-3492 (los usuarios de TTY deben llamar sin cargo al 711) para saber si puede inscribirse. Estamos disponibles los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Tenga en cuenta que, durante los fines de semana y días festivos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, su llamada puede enviarse al correo de voz.

G**IMPORTANTE: Lea y firme lo siguiente****Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:**

- Debo mantener tanto el seguro de hospitalización (Part A) como el seguro médico (Part B) para permanecer en AmeriHealth Medicare PPO.
- Al unirme a este plan Medicare Advantage, reconozco que AmeriHealth Medicare PPO compartirá mi información con Medicare, que podrá usarla para supervisar mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (vea la afirmación sobre la Declaración de la ley de privacidad más abajo).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar su inscripción en el plan.
- A mi entender, la información en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si brindo información falsa en este formulario de manera intencional, se me desafiliará del plan.
- Comprendo que, generalmente, las personas que tienen Medicare no tienen cobertura cuando están fuera del país, salvo por la cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- Comprendo que, cuando comience mi cobertura de AmeriHealth Medicare PPO, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de AmeriHealth Medicare PPO. Los beneficios y los servicios proporcionados por AmeriHealth Medicare PPO e incluidos en mi documento "Evidence of Coverage" (Constancia de cobertura) de AmeriHealth Medicare PPO (también conocido como "Contrato de socio" o "Acuerdo con el suscriptor") estarán cubiertos. Ni Medicare ni AmeriHealth Medicare PPO pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si firma un representante autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica lo siguiente:
 - 1) Esta persona está autorizada por la ley del Estado para completar esta inscripción y
 - 2) La documentación de esta autoridad está disponible a petición de Medicare.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez y que la inscripción en este plan pondrá fin automáticamente a mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones a los planes MA PFFS, MA MSA).

Cobertura de AmeriHealth Medicare emitida por AmeriHealth Insurance Company of New Jersey.

Firma:**La fecha de hoy:**

(____/____/____)

(MM/DD/AAAA)

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Relación con el inscripto: _____

Solo para las personas que ayudan a los inscritos a completar este formulario:

Complete esta sección si usted es una persona (p. ej. agente, corredor, asesor del SHIP, familiar u otro) que ayuda a un inscripto a completar este formulario:

Nombre: _____ Relación con el inscripto: _____

Firma: _____

Solo para agentes y corredores:

Fecha de recepción de la solicitud: _____

Número de identificación del plan: _____ Inicio de la vigencia de la cobertura: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No elegible: _____

Número de agente (NIPR/NPN): _____ Número general de la Agencia: _____ IDENTIFICACIÓN DE FMO: _____

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de las prestaciones de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley de Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare tal y como se especifica en el System of Records Notice (SORN, Aviso de Registros de Sistemas) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", N.º del sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar su inscripción en el plan.

