

CommuniCare Advantage

Para inscribirse en CommuniCare Advantage por favor proporcione la siguiente información:

Apellido:	Nombre:	Inicial:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srita.
Fecha de nacimiento: (__/__/____) (mes / día / año)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Seguro Social: (es opcional proporcionar esta información)	Teléfono casa: () Número de teléfono alterno ()

Domicilio de residencia permanente:

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

Domicilio para recibir correspondencia (sólo si es diferente al domicilio de residencia permanente):

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

Contacto en caso de emergencia: _____

Número de teléfono: _____ **Relación o parentesco con usted** _____


Correo electrónico: _____

Por favor proporcione información de su seguro Medicare

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

- Llene los espacios poniendo la información exactamente igual a como está en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare
- O -
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare, o la carta que recibió de la Administración del Seguro Social, o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.

Para afiliarse al plan Medicare Advantage usted debe tener Medicare Parte A y Parte B.

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

CommuniCare Advantage

Como pagar la prima de su plan

Usted puede pagar cada mes la prima mensual de su plan ya sea por correo o por medio de una transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés). También puede elegir pagar mensualmente la prima por medio de una deducción automática de su cheque del Seguro Social.

Si usted reúne los requisitos para recibir ayuda adicional con los gastos de cobertura de medicamentos de prescripción (*medicamentos que necesitan de receta*) de Medicare, puede ser que Medicare cubra parte o el total de la prima del plan. Si Medicare paga solamente una porción de esta prima, nosotros cobraremos la cantidad que Medicare no cubra.

Si usted no selecciona una opción de pago va a recibir un cobro cada mes.

Por favor seleccione una opción de pago para su prima:

Deducción automática y mensual de su cheque de beneficios de *Seguro Social*. La deducción automática de su Seguro Social puede tomar dos ó más meses para empezar. En la mayoría de los casos, la primera deducción de su cheque de beneficios de Seguro Social va a incluir todas las primas que se deban desde el día en que empezó su cobertura hasta el momento en que empiecen las deducciones.

Por favor lea y conteste estas importantes preguntas:

1. ¿Tiene usted Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)? Sí No

Si usted contestó “sí” a esta pregunta y ya no necesita recibir diálisis regularmente, o ha tenido un exitoso trasplante de riñón, **por favor adjunte una nota o documento** de su médico en el que nos diga que usted ya no necesita recibir diálisis o que su trasplante de riñón tuvo éxito.

2. Puede ser que algunas personas tengan otra cobertura para medicamentos, inclusive otro seguro médico privado, TRICARE, cobertura de beneficios médicos para empleados federales, beneficios para veteranos, o programas de asistencia farmacéutica estatales.

¿Tendrá usted otra cobertura adicional para medicamentos de prescripción, además de CommuniCare Advantage?

Sí No

Si la respuesta es “sí”, escriba el nombre de la otra cobertura y su(s) número(s) de identificación (ID) de esa cobertura:

Nombre de la otra cobertura:

Número de identificación:
para esa cobertura:

Número de Grupo
para esa cobertura

3. ¿Vive usted en alguna institución de cuidados a largo plazo, como un hogar de ancianos o casa de salud?

Sí No

Si la respuesta es “sí”, proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Domicilio y número de teléfono de la institución

(número y calle): _____

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

Si la respuesta es “sí”, proporcione su número de Medicaid: _____

CommuniCare Advantage

5. ¿Trabaja usted o su esposo(a)? Sí No

Elija un Médico de Atención Primaria (PCP por sus siglas en inglés), una clínica o un centro de salud:

Si prefiere que le enviemos la información en otro idioma que no sea inglés por favor marque más adelante:

_____ Español

Por favor comuníquese con CommuniCare Advantage al 1 (888) 244-4430, los usuarios de TTY deben llamar al 1 (800) 735-2929, si necesita información en otro formato ó idioma que no se haya mencionado. Estamos a su disposición las 24 horas del día, los siete días de la semana.



Por favor lea esta importante información

Si en este momento usted tiene cobertura médica de su empleador o sindicato, el inscribirse a CommuniCare Advantage puede afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato. Si tiene cobertura médica de su empleador o sindicato, el inscribirse a CommuniCare Advantage puede cambiar la forma en que su cobertura trabaja. Lea la información que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite la página de internet de su empleador o sindicato, o póngase en contacto con ellos llamando al número de teléfono que se encuentra en la información que ellos le envían. Si no hay información sobre a quién llamar, llame a su administrador de beneficios o la oficina a la que usted llama normalmente cuando tiene preguntas relacionadas con su cobertura, ellos pueden ayudarle.

Por favor lea y firme más adelante:

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

CommuniCare Advantage es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno Federal. Tendré que conservar mi (Medicare) Parte A y B. Sólo puedo pertenecer a un plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan automáticamente va a terminar cualquier otra inscripción en otro plan de salud de Medicare o plan de farmacia. Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura de medicamentos de prescripción que tenga en este momento o que adquiera en el futuro. La inscripción en este plan generalmente es por todo el año. Una vez que me haya inscrito, sólo puedo retirarme del plan en determinadas fechas al año cuando el período de inscripción esté vigente (Por ejemplo: Noviembre 15 – Diciembre 31 de cada año), ó bajo ciertas circunstancias especiales.

CommuniCare Advantage da servicio a un área específica. Si me mudo fuera del área a la que CommuniCare Advantage da servicio, necesito dar aviso al plan para poder darme de baja y buscar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de CommuniCare Advantage, tendré el derecho de apelar las decisiones del plan en cuanto a pago o servicios si no estoy de acuerdo con ellas. Leeré el documento llamado Evidencia de Cobertura de CommuniCare Advantage cuando lo reciba, para saber los reglamentos que tengo que seguir para recibir cobertura con este plan de Medicare Advantage. Entiendo que generalmente los beneficiarios de Medicare no están cubiertos bajo Medicare cuando se encuentran fuera del país, excepto por cobertura limitada cerca de la frontera con los Estados Unidos.

CommuniCare Advantage

Entiendo que a partir de la fecha en que la cobertura de CommuniCare Advantage de comienzo debo recibir toda mi atención médica de CommuniCare Advantage, con excepción de servicios de emergencia, servicios de necesidad urgente o servicios de diálisis fuera-del-área. Servicios autorizados por CommuniCare Advantage y otros servicios incluidos en mi Evidencia de Cobertura de CommuniCare Advantage (conocido también como contrato del participante o acuerdo del suscriptor). **NI MEDICARE NI COMMUNICARE ADVANTAGE PAGARÁ POR LOS SERVICIOS** sin autorización.

Entiendo que si estoy recibiendo asistencia de un agente de ventas, agente de seguros médicos, o cualquier otra persona que trabaje o sea contratada por CommuniCare Advantage, él o ella pueden ser recompensados por mi inscripción en CommuniCare Advantage.

En el estado de California puede haber servicios de asistencia e información concernientes a un seguro suplemental de Medicare, otro plan de Medicare Advantage, planes de farmacia y diferentes opciones concernientes a asistencia médica a través del programa estatal de Medicaid y el Programa de Ahorros de Medicare.

Divulgación de información: Al inscribirme a este plan de salud de Medicare, reconozco estar enterado(a) que el plan de salud de Medicare divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para tratamiento, pagos y operaciones de atención médica. Hasta donde sé la información en esta solicitud de inscripción es correcta. Me doy por enterado(a) también de que CommuniCare Advantage divulgará mi información, inclusive datos acerca de mis medicamentos de prescripción, a Medicare, quien tal vez pudiera divulgarlos con fines de investigación científica y por otros propósitos que cumplan con los reglamentos y estatutos federales correspondientes. Entiendo que si intencionadamente proporciono información falsa en este formulario de inscripción se cancelará mi inscripción al plan.

Entiendo también que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en representación del individuo, bajo las leyes del estado en que éste viva) en esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si está firmado por la persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada bajo las leyes estatales para completar esta solicitud de inscripción, y 2) la documentación de esta autorización está disponible si CommuniCare Advantage o Medicare la solicita.

Su firma:

Fecha del día de hoy:

Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información:

Nombre : _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: (____) ____ - _____

Relación con el solicitante _____

Office Use Only:

Name of staff member (if assisted in enrollment): _____

Plan ID #: _____

Effective Date of Coverage: _____

ICEP/IEP: _____ OEP: _____ AEP: _____ SEP (type): _____ Not Eligible: _____

CommuniCare Advantage

Información para determinar los períodos de inscripción

Normalmente usted se puede inscribir en un plan de Medicare Advantage durante el período anual de inscripción, del 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año. Además, puede también inscribirse en un plan de Medicare Advantage durante el período abierto de inscripción, entre el 1º de enero y el 31 de marzo de cada año, siempre y cuando usted no cambie su cobertura de medicamentos de prescripción. Además, existen excepciones que pueden permitirle inscribirse a un plan de Medicare Advantage fuera de esos períodos de tiempo.

Por favor lea la siguiente lista y marque la casilla a la izquierda de la declaración o declaraciones que apliquen en su caso. Más adelante nos comunicaremos con usted para pedirle más información. Al marcar uno de los siguientes cuadros usted está asegurando que, según entiende, usted es elegible para un Período de Inscripción. Si nosotros determinamos después que esta información es incorrecta, pudiéramos cancelar su participación en el plan.

- Soy nuevo(a) en Medicare.
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual.
- Me cambié de domicilio recientemente y este plan es una nueva opción para mí.
- Tengo Medicare y Medicaid, o el estado me ayuda a pagar las primas de Medicare.
- Recibo ayuda adicional para el pago de cobertura de medicamentos de prescripción de Medicare.
- Ya no recibo ayuda adicional para el pago de cobertura de medicamentos de prescripción de Medicare.
- Recientemente deje de vivir en una institución de cuidados a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o una institución de cuidados a largo plazo).
- Recientemente deje de pertenecer a un programa PACE.
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura “*creditable coverage*” de medicamentos de prescripción (tan buena como la de Medicare).
- Estoy dejando mi cobertura por medio del trabajo o sindicato.
- Pertenzco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- Regresé recientemente a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos.
- No estoy sujeto a ninguna de estas declaraciones.

*Por favor comuníquese con CommuniCare Advantage al 1 (888) 244-4430, los usuarios de TTY deben llamar al 1 (800) 735-2929 para saber si es elegible para inscribirse en el plan. Estamos a su disposición las 24 horas del día, los siete días de la semana.