

# 2019 FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL DE MEDICARE ADVANTAGE



Usted no puede seleccionar la fecha de entrada en vigencia de su cobertura. Alignment Health Plan le notificará formalmente cuándo puede comenzar a utilizar los servicios del plan.

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

<input type="checkbox"/> <b>010 - Heart &amp; Diabetes (HMO SNP)</b> ..... \$0/mes Condado de Los Ángeles y Orange
---

**Cuéntenos sobre usted (en letra de imprenta)**

Nombre tal como figura en su tarjeta de Medicare (Apellido)		(Nombre)	(Inicial del 2.º nombre)
Dirección de residencia permanente		Ciudad	Código postal
Dirección postal (si es diferente de la anterior)		Ciudad	Código postal
Número de teléfono del hogar	Sexo	Cumpleaños (MM/DD/AA)	*Su dirección de correo electrónico (Opcional)

**Si doy mi dirección de correo electrónico, significa que acepto recibir correos electrónicos sobre mis beneficios, programas de salud y otros servicios del plan. Comprendo que puedo cambiar mis preferencias de correo electrónico en cualquier momento llamando al 1-888-979-2247 (TTY 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados).**

¿Cuál es su idioma principal? (Marque una opción) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____
¿Cómo preferiría recibir su información de miembro? <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Sitio web Comuníquese con Alignment Health Plan al 1-866-634-2247 (TTY 711) si necesita información en otro formato o idioma que no figure en la lista anterior. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados).

<p><b>Ingrese la información de su seguro de Medicare</b></p> <p>Tome su tarjeta de Medicare para completar esta sección.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Complete estos espacios en blanco de manera que coincidan con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.</li> </ul> <p>0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de su carta del Seguro Social o la Junta de jubilación para ferroviarios.</li> </ul> <p>Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.</p>	<p>Nombre (tal como figura en su tarjeta de Medicare): _____</p> <p>N.º de Miembro/Identificador de beneficiario de Medicare (MBI): _____ - _____</p> <p>Tiene derecho a _____ Fecha de entrada en vigencia _____</p> <p><b>HOSPITALARIA (PARTE A)</b> _____</p> <p><b>MÉDICA (PARTE B)</b> _____</p> <p>Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.</p>
--	---

Grupo médico	Nombre del médico de atención primaria personal	N.º de ident. del médico de atención primaria/IPA
--------------	---	---

Marque **Sí** o **No** en cada pregunta:

1.	¿Padece enfermedad renal terminal (ESRD)?.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si se sometió con éxito a un trasplante de riñón o ya no necesita diálisis de manera regular, adjunte una nota o los registros de su médico para demostrar que se sometió con éxito a un trasplante de riñón o que no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que nos comuniquemos con usted para obtener información adicional.			
2.	¿Es usted residente de un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia?.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si su respuesta es sí, indique el nombre de la institución _____ Número de teléfono de la institución _____ Dirección de la institución (número y calle) _____			
3.	Algunas personas pueden tener otra cobertura para medicamentos, incluidos otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados del gobierno federal, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica. ¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta además de Alignment Health Plan?.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si su respuesta es sí, indique su cobertura e incluya su(s) número(s) de identificación de esta cobertura: Nombre de la cobertura _____ N.º de grupo de esta cobertura _____ N.º de ident. de esta cobertura _____			
4.	¿Es usted elegible para el programa estatal de Medicaid (Medi-Cal)?.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5.	¿Está usted inscrito en el programa estatal de Medicaid (Medi-Cal)?.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si su respuesta es sí, indique su número de Medi-Cal _____			
6.	¿Usted o su cónyuge trabaja?.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7.	Comprendo que, cuando selecciono mi médico de atención primaria personal, también selecciono el grupo médico, los hospitales y los especialistas asociados con mi médico de atención primaria personal .....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8.	¿Recibió un Resumen de beneficios de Alignment Health Plan e instrucciones sobre cómo obtener un Directorio de proveedores? .....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Para solicitantes de Heart & Diabetes (HMO SNP)			
9.	¿Tiene diabetes? .....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10.	¿Tiene trastornos cardiovasculares o insuficiencia cardíaca crónica? .....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Pago de la prima del plan:** Puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que pueda adeudar). También puede pagar su prima mediante deducción automática del cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) todos los meses. Si se lo evalúa para el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted asumirá la responsabilidad de pagar este monto adicional, además de la prima del plan. Este monto se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, o bien Medicare o la RRB lo facturará directamente. NO pague el IRMAA de la Parte D de Alignment Health Plan.

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 reúne los requisitos, Medicare podría pagar el 75% de los costos de sus medicamentos, incluidas 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 la Etapa del período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos beneficios de ahorros y no lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social, o bien llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY/TDD 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 reúne los requisitos para obtener ayuda adicional con los costos de cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará parte o la totalidad de la prima del plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubre. Si no selecciona una opción de pago, obtendrá una factura cada mes.

Seleccione la opción de pago de prima del plan y/o de pago por inscripción tardía:

- Recepción de una factura
- Deducción automática del cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB). (La deducción del Seguro Social/RRB puede hacerse efectiva después de dos meses o más de que el Seguro Social o la RRB apruebe dicha deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción del cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas adeudadas a partir de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el momento en que comienza la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa de las primas mensuales).

### Lea esta información importante

Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, su inscripción en Alignment Health Plan podría afectar los beneficios de salud que recibe de dicho empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en Alignment Health Plan. Lea los comunicados que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que figura en los comunicados. Si no hay ninguna información de contacto, el administrador de los beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarle.

### Lea y firme a continuación

#### **Tras completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:**

Alignment Health Plan es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Tendré que conservar las Partes A y B de Medicare. Puedo inscribirme solo en un plan Medicare Advantage por vez; asimismo, comprendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarle acerca de cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga o pueda tener en el futuro. Comprendo que, si no tengo cobertura para medicamentos con receta de Medicare, o una cobertura para medicamentos con receta acreditable (tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si me inscribo en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare en el futuro. La inscripción en el plan es, generalmente, para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo abandonar este plan o realizar cambios solo en determinados momentos del año cuando haya un período de inscripción disponible (ejemplo: desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año), o bien en ciertas circunstancias especiales.

Alignment Health Plan brinda servicios en un área de servicio específica. Si me voy del área en la que Alignment Health Plan brinda sus servicios, debo notificárselo al plan de modo que pueda cancelar mi inscripción y encontrar otro plan en mi nueva área. Una vez que me convierto en miembro de Alignment Health Plan, tengo derecho de apelar las decisiones del plan acerca del pago o los servicios si no estoy de acuerdo con algún aspecto. Cuando reciba la Evidencia de cobertura de Alignment Health Plan, leeré dicho documento para conocer las reglas que debo seguir a fin de obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas que tienen Medicare generalmente no están cubiertas conforme a Medicare mientras se encuentran fuera del país, excepto por la cobertura limitada que reciben cerca de la frontera de los EE. UU.

Comprendo que, a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de Alignment Health Plan, debo obtener mi atención médica de Alignment Health Plan, excepto en casos de emergencia o si necesito servicios de atención de urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios que autorice Alignment Health Plan, como también otros servicios incluidos en mi Evidencia de cobertura de Alignment Health Plan (también conocida como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Sin autorización, NI MEDICARE NI ALIGNMENT HEALTH PLAN PAGARÁN POR ESTOS SERVICIOS.

Comprendo que, si obtengo asistencia de un agente de ventas, intermediario u otra persona empleada o contratada por Alignment Health Plan, esta persona puede recibir un pago en función de mi inscripción en Alignment Health Plan.

**Divulgación de información:** Si me inscribo en este plan de salud de Medicare, acepto que Alignment Health Plan divulgará mi información ante Medicare y otros planes según sea necesario para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Asimismo, acepto que Alignment Health Plan divulgará mi información, incluida información sobre eventos con mis medicamentos con receta, a Medicare, quien puede compartirla para fines de investigación y de otro tipo que cumplirán con los estatutos y reglamentos federales aplicables. La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si proporciono información falsa en este formulario de manera intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre conforme a las leyes del estado en donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendido su contenido. Si una persona autorizada (según se describe anteriormente) firma este documento, esto certifica lo siguiente: 1) que esta persona está autorizada en virtud de las leyes estatales para completar esta inscripción y 2) que la documentación de esta autoridad se encuentra disponible de Medicare a pedido.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

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

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Relación con la persona inscrita \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia \_\_\_\_\_ N.º de teléfono del contacto de emergencia \_\_\_\_\_

Correo electrónico del contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Relación con la persona inscrita \_\_\_\_\_

Nombre del representante de ventas (si recibe asistencia con la inscripción):

Firma del representante de ventas que realiza la inscripción \_\_\_\_\_ N.º de ident. de ventas \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Solo para uso oficial:

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