



Para Inscribirse en Central Health Medicare Plan, Favor de Proporcionar la Siguiete Información:

Letra de Imprenta

Favor de marcar en cual plan quiere inscribirse:

_____ Central Health **Medicare** Plan (001)

_____ Central Health **Medi-Medi** Plan (002)

APELLIDO:	NOMBRE:	Inicial	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.
-----------	---------	---------	--

Fecha de Nacimiento: (___ / ___ / ___) (M M / D D / A A A A)	Genero: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Numero de Seguro Social: (esta información es opcional)	Numero de Teléfono: ()
--	--	--	--------------------------------

Domicilio de su Residencia Permanente:

Ciudad:	Estado:	Código Postal:
---------	---------	----------------

Domicilio Postal (si es diferente al domicilio de Residencia Permanente):

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Favor de Proporcionar la Información de su Aseguraza Medicare


Favor de sacar su tarjeta de Medicare para completar esta sección.

- Favor de completar los espacios y que estén igual a su Tarjeta de Medicare rojo, blanco, y azul

- O -

- Adjunte una copia de su Tarjeta de Medicare o la carta de la Administracion del Seguro Social o de la Pensión de Retiro del Ferrocarril.

Usted debe tener Medicare Parte A y Parte B para ingresar en un plan de Medicare Advantage.

	
MEDICARE HEALTH INSURANCE	
SAMPLE ONLY	
Name :	_____
Medicare Claim Number	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
_____ - _____ - _____	_____ - _____ - _____
Is Entitled To	Effective Date
HOSPITAL (PART A)	_____
MEDICAL (PART B)	_____

Pagando su Prima del Plan

Si determinamos que usted debe una penalidad por inscribirse tarde, necesitamos saber como le gustaría pagarla. Puede pagar por correo cada quinto día del mes. También puede pedir que le reduzcan la cantidad de su prima directamente de su cheque del Seguro Social cada mes.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una cuenta cada mes.

Favor de seleccionar una opción de pago:

- Prefiero recibir una cuenta mensual.
- Prefiero que me lo reduzcan directamente de mi cheque de Seguro Social cada mes. (La reducción del cheque de Seguro Social tal vez tarde dos o más meses para empezar. En la mayoría de los casos, la primera reducción de su cheque de Seguro Social ya va tener incluido todas las primas que debe usted de la fecha que fue efectivo/a hasta el momento que se empezó a retener).

Favor de leer y contestar estas preguntas importantes:

1. ¿Tiene usted la Enfermedad Renal en su Fase Final (ESRD por sus siglas en ingles)? Si No

Si contesto "SI" a esta pregunta y ya no necesita diálisis regular, o ha tenido un transplante de riñón exitoso, **por favor adjunte una nota o los registros** de su medico que demuestren que usted no necesita diálisis o ha tenido un transplante de riñón exitoso.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluyendo otra aseguranza privada, TRICARE, cobertura de beneficios de salud como empleado Federal, beneficios de Veterano, o programas de asistencia farmacéutica del Estado.

¿Va usted a tener otra cobertura de medicamentos recetados además de Central Health Medicare Plan?

Si No

Si responde "SI" por favor anote su otra cobertura y su numero(s) de identificación (ID) de dicha cobertura:

Nombre de la otra cobertura: _____ # de ID de la cobertura: _____ # de grupo de la cobertura: _____

3. ¿Actualmente es usted residente de un establecimiento de cuidado a largo plazo, como un hogar para personas mayores? Si No

Si responde "SI" favor de proporcionar la siguiente información:

Nombre de la Institución: _____ Numero de Teléfono: _____

Domicilio de la Institución (numero y calle): _____

4. ¿Esta usted inscrito en el programa de Medicaid (Medi-Cal) de su Estado? Si No

Si responde "SI", favor de proporcionar su numero de Medi-Cal: _____

5. ¿Usted o su esposo/a trabaja? Si No

Por favor elija el nombre de un Medico de Asistencia Primaria y Grupo Medico (opcional):

Nombre del Medico: _____ Grupo Medico (deletree completamente): _____

Por favor marque uno de los recuadros siguientes si usted prefiere que le mandemos información en un idioma que no sea Español o en otro formato:

Ingles Chino Braille

Favor de comunicarse con Central Health Medicare Plan al 1-866-314-2427 (Usuarios TTY: 1-888-205-7671) si necesita información en otro formato o idioma aparte de los indicados arriba. Nuestras horas de oficina son: 7 días a la semana, 8 AM – 8 PM.



Favor de Leer Esta Información Importante

Si usted actualmente tiene cobertura medica por parte de su trabajo o unión, la inscripción a Central Health Medicare Plan podría afectar sus beneficios médicos de su trabajo o unión. Si tiene cobertura medica de su trabajo o unión, unirse a Central Health Medicare Plan podría cambiar como trabaja su cobertura actual. Lea las comunicaciones que le envíen de su trabajo o unión. Si tiene preguntas, visite su página de Internet o llame a la oficina mencionada en sus comunicaciones. Si no hay ninguna información sobre a quien contactar, su administrador de beneficios o la oficina que le contesta sus preguntas sobre su cobertura le pueden ayudar.

Favor de Leer y Firmar Abajo:

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

Central Health Medicare Plan es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno Federal. Yo necesito mantener mis Partes A y B. Yo solo puedo estar en un plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que al inscribirme en este plan automáticamente terminara mi contrato con otro plan de salud de Medicare o plan de medicamentos recetados. Inscripción a este Plan es generalmente por todo el año. Al momento de inscribirme, yo podría dejar este plan o hacer cambios solo ciertas veces al año cuando un periodo de inscripción es disponible (Ejemplo: Noviembre 15 – Diciembre 31 cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

Central Health Medicare Plan sirve una área de servicio específica. Si me muevo fuera del área que Central Health Medicare Plan sirve, yo necesito notificar al plan para que yo pueda cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que yo sea miembro de Central Health Medicare Plan, yo tengo el derecho de apelar las decisiones del plan acerca del pago o servicios si no estoy de acuerdo. Yo leeré la Evidencia de Cobertura de Central Health Medicare Plan cuando la reciba para saber las reglas que debo seguir para recibir cobertura de este plan de Medicare Advantage. Yo entiendo que por lo general beneficiarios de Medicare no serán cubiertos bajo Medicare mientras que estén permanentemente fuera del país, excepto por cobertura limitada cercas de la frontera de Los Estados Unidos.

Yo comprendo que a partir de la fecha que Central Health Medicare Plan empieza mi cobertura, yo debo obtener todo mi cuidado medico por medio de Central Health Medicare Plan, con la excepción de servicios de emergencia o servicios urgentemente necesarios o servicios de diálisis fuera-del-área. Servicios autorizados por Central Health Medicare Plan y otros servicios contenidos en mi documento de Evidencia de Cobertura de Central Health Medicare Plan (también conocido como contrato del miembro o un acuerdo del suscriptor) serán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE O CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN PAGARAN POR ESTOS SERVICIOS.**

Yo entiendo que si estoy recibiendo asistencia de un representante de ventas u otro individuo que es empleado de o contratado con Central Health Medicare Plan, el/ella tal vez será compensado por mi inscripción a Central Health Medicare Plan.

Servicios de consejería tal vez sean disponibles en mi estado para proveer consejos de aseguranza suplemental de Medicare o otras opciones de Medicare Advantage o plan de Medicamentos Recetados referente a asistencia por el programa de Medicaid del estado y el Programa de Ahorros de Medicare.

Plan 001 solamente: Al unirme a este plan atestigo que no estoy recibiendo ningún apoyo financiero de parte del grupo de mi empleador o de mi empleador anterior o de la unión (o del grupo del empleador o del empleador anterior o de la unión de mi esposo/a) con la intención de comprar servicios médicos o cobertura medica, medicamentos recetados o cobertura de medicamentos recetados para pagar todo o parte de mi inscripción en un Medicare Advantage Plan o un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Divulgación de Información: Al unirme a este plan de salud Medicare, yo reconozco que el plan de salud Medicare dará mi información a Medicare y a otros planes como sea necesario para tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la salud. Yo también reconozco que Central Health Medicare Plan podrá publicar mis archivos incluyendo mi información de recetas medicas a Medicare, cual tal vez lo publicara para investigación y otros motivos cuales aplican a reglamentos Federales. La información en esta forma de inscripción es correcta. Yo comprendo que si intencionalmente proporciono información falsa en esta forma, será cancelado/a del plan.

Yo comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar como representante bajo la ley del Estado donde el individuo vive) en esta aplicación significa que he leído y comprendo el contenido en esta aplicación. Si es firmada por una persona autorizada (como se describe arriba), la firma certifica que: 1) esta persona esta autorizada bajo la ley del Estado para completar esta inscripción y 2) documentación de esta autoridad esta disponible cuando sea solicitada por Central Health Medicare Plan o por Medicare.

Firma:	Fecha:
---------------	---------------

Si usted es el representante autorizado, tiene que firmar arriba y proporcionar la información siguiente:

Nombre : _____ Domicilio : _____

Numero de Teléfono : _____ Relación con la persona inscrita : _____

Office Use Only

I hereby attest that I have complied with CMS Medicare Marketing Guidelines for MAPDs and Central Health Medicare Plan policies in this enrollment.

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

Signature of staff member/agent/broker (if assisted in enrollment) : _____

License # : _____ Plan ID # : _____

Application Receive Date : _____ Effective Date of Coverage : _____

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