



Favor de ponerse en contacto con Central Health Medicare Plan (HMO) si necesita información en otro lenguaje o formato (Braille).

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 (HMO) \$0 por mes _____ Central Health Medi-Medi Plan (HMO SNP) \$0 por mes

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 Teléfono : ()	Numero de Teléfono Alternativo : (Opcional) ()
---	---	---------------------------------	---

Domicilio de su Residencia Permanente (caja postal no es permitida) :

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 Asegurancia 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 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.

	
SAMPLE ONLY	
Name :	_____
Medicare Claim Number :	Sex : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
_____ - _____ - _____ - _____	
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 (o si usted actualmente tiene 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 o su Pensión de Retiro de Ferrocarril (RRB por sus siglas en ingles) cada mes. Si usted es evaluado una Cantidad de Ajuste Mensual relacionada al Ingreso de la Parte D. Usted será responsable por pagar esta cantidad adicional además de su prima del plan. Tendrá la cantidad retenida de su cheque de beneficio del Seguro Social o le cobraran directamente por Medicare o el RRB. **NO le pague a Central Health Medicare Plan la IRMAA de la Parte D.**

Tal vez, las personas con ingreso limitado califiquen para ayuda adicional para pagar sus costos de los medicamentos recetados. Si califica, Medicare puede pagar por 75% o mas de sus costos de medicamentos incluyendo primas mensuales de los medicamentos recetados, deducibles anuales, y co-seguro. En adición, los que califiquen no serán sujetos al espacio de cobertura o a la penalidad por inscribirse tarde. Mucha gente califica para estos ahorros y no lo sabe. Para más información acerca de esta ayuda adicional, póngase en contacto con la oficina del Seguro Social, o llámeme al Seguro Social al 1-800-772-1213. Usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Usted también puede aplicar para la ayuda adicional por el internet www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si usted califica para recibir ayuda adicional con sus costos de la cobertura de los medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagara todo o parte de su prima del plan. Si Medicare solo paga una porción de esta prima, nosotros le mandaremos cobrar la cantidad que Medicare no cubre.

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

Favor de seleccionar una opción de pago:

- Prefiero recibir una cuenta mensual.
- Dedución automática de su cheque del Seguro Social o su Pensión de Retiro de Ferrocarril (RRB) cada mes. (La deducción del cheque del Seguro Social/Pensión de Retiro de Ferrocarril tal vez tarde dos o más meses para empezar después que el Seguro Social o la Pensión de Retiro de Ferrocarril apreven su solicitud de deducción automática. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la Pensión de Retiro de Ferrocarril aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque del Seguro Social o su Pensión de Retiro de Ferrocarril 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. Si el Seguro Social o la Pensión de Retiro de Ferrocarril no apreven su solicitud de deducción automática, nosotros le enviaremos una factura por su prima mensual.)

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 usted ha tenido un transplante de riñón exitoso y/o no necesita diálisis, **favor de unir una nota o archivos** de su doctor mostrando que tuvo un transplante de riñón exitoso y no necesita diálisis, o puede ser que tendremos que comunicarnos con usted para obtener información adicional.

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. Si No

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

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 : Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____

Grupo Medico (deletree completamente) : _____

Favor de escoger el nombre de un Proveedor de Atencion Dental (opcional):

Nombre del Dentista : Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____

ID de la Clinica Dental : _____

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 Vietnamita 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. Usted puede perder su cobertura de salud de su trabajo o unión si ingresa a Central Health Medicare Plan. 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. Central Health Medicare Plan es un plan de Cuidado Coordinado con un contrato Medicare Advantage pero **sin** un contrato con el programa de Medicaid de California. 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: Octubre 15 – Diciembre 7 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.

Central Health Medi-Medi Plan HMO SNP ha sido aprobado por el Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA) para operar como un Plan de Necesidades Especiales (SNP) hasta Diciembre 31, 2012. La aprobación del NCQA es basado en una revisión del Modelo de Cuidado de Central Health Medi-Medi Plan y es un indicador de obediencia con los requisitos de CMS. La aprobación de NCQA no es un respaldo de CMS y/o NCQA de Central Health Medi-Medi Plan o la calidad de servicio proveída por Central Health Medi-Medi Plan. Central Health Medi-Medi Plan todavía necesitara ser aprobado cada año por CMS para que funcione. Si usted tiene preguntas sobre nuestra aprobación por el NCQA, favor de ponerse en contacto con nosotros al 1-866-314-2427.

Divulgación de Información : Al unirme a este plan de salud Medicare, yo reconozco que Central Health Medicare Plan 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, seré 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 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 :** _____

Agent/Broker Name (if assisted in enrollment) : _____

General Agency Name (if applicable) : _____

Agent/Broker Signature (if assisted in enrollment) : _____

CA Insurance Lic. # : _____ **Application Receive Date :** _____

Office Use Only

Effective Date of Coverage : _____

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



Atestiguación de Elegibilidad para el Periodo de Inscripción

Normalmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el periodo de inscripción anual entre el 15 de Octubre y el 31 de Diciembre cada año. Hay excepciones que tal vez le dejen inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este periodo.

Favor de leer las declaraciones siguientes cuidadosamente y marcar la caja si la declaración aplica a usted. Al marcar alguna de las siguientes cajas usted está certificando que, como usted lo recuerda, usted es elegible para un periodo de inscripción. Si determinamos después que esta información es incorrecta, tal vez terminen su membresía.

- Soy nuevo a Medicare.
- Recientemente me mudé fuera de la área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé en (fecha) _____.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos. Regrese a los Estados Unidos en (fecha) _____.
- Tengo cobertura de medicamentos recetados de ambos Medicare y Medicaid o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare.
- Yo recibo Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Ya no califico para que la Ayuda Adicional me pague mis medicamentos recetados de Medicare. Yo pare de recibir Ayuda Adicional en (fecha) _____.
- Me estoy mudando, vivo en, o recientemente me mudé fuera de un establecimiento de cuidado de largo plazo (por ejemplo, un hogar para personas mayores o un establecimiento de cuidado de largo plazo.) Me mudé/me mudare/fuera del establecimiento en (fecha) _____.
- Recientemente deje un programa de PACE en (fecha) _____.
- Recientemente perdí mi cobertura de medicamentos recetados (cobertura digna de Medicare.) Perdí mi cobertura de medicamentos en (fecha) _____.
- Estoy dejando la cobertura de mi empleador o unión en (fecha) _____.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proveída por mi estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Yo estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP), pero he perdido la calificación de las necesidades especiales para estar en el plan. Yo he estado dado de baja del SNP en (inserte la fecha) _____.

Si ninguna de estas declaraciones aplica a usted o usted no está seguro, favor de ponerse en contacto con Central Health Medicare Plan HMO al 1-866-314-2427 (Usuarios de TY) o en el número 1-888-205-7671 para ver si usted es elegible para inscribirse. Estamos abiertos los 27 días de la semana 8 AM - 8 PM.