

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

¿Quiénes pueden usar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en 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 inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe contar con lo siguiente:

- Medicare Part A (Hospital Insurance)
- Medicare Part B (Medical Insurance)

¿Cuándo debo utilizar este formulario?

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para tener cobertura a partir del 1 de enero).
- Dentro de los 3 meses siguientes a la fecha en que obtuvo Medicare.

- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse en un plan 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 su número de teléfono.

Nota: Debe rellenar todos los puntos, a menos que estén marcados como opcionales. No se le puede negar la cobertura por no rellenar puntos opcionales.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir el formulario con su información antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir que los pagos de las primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario).

¿Qué sucede después?

Envíe el formulario relleno y firmado a la siguiente dirección:
AmeriHealth Medicare PPO 1901
Market Street Philadelphia, PA
19103

Una vez que se haya procesado su solicitud de inscripción, se comunicarán 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 inscribirse en 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.

Según la Paperwork Reduction Act (PRA, Ley de Reducción de Trámites) 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 las estimaciones 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 documento con sus datos personales (como reclamaciones, pagos, historiales médicos, etc.) a la Oficina de Liquidación de Informes de la PRA. Todos los documentos que recibamos que no se refieran a cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en OMB 0938-1378) serán destruidos. No se conservarán, revisarán ni remitirán al plan. Consulte la sección “¿Qué sucede después?” en esta página para saber cómo enviar el formulario relleno al plan.



62131



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

Comuníquese 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, and Ocean)

Prima mensual

AmeriHealth Medicare Core PPO

Plan médico con cobertura de medicamentos recetados 001

\$0

AmeriHealth Medicare Enhanced PPO

Plan médico con cobertura de medicamentos recetados 002

\$36

AmeriHealth Medicare Ultimate PPO

Plan médico con cobertura de medicamentos recetados 004

\$0

APELLIDO:

PRIMER 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 proporcionar voluntariamente mi número de teléfono (incluido mi número de celular) o dirección de correo electrónico a AmeriHealth, autorizo a AmeriHealth Insurance Company of New Jersey y sus afiliadas (colectivamente, AmeriHealth) a enviarme información/datos sobre AmeriHealth, incluyendo, entre otras cosas, 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 aplicarse tarifas estándar de datos y mensajes. No se requiere comprar bienes o servicios de AmeriHealth. Envíe un mensaje con la palabra "STOP" (Detener) para suspender el envío de mensajes y con la palabra "HELP" (Ayuda) para obtener ayuda. Términos y condiciones en www.myhelpsite.net/amerihealth. Toda la 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 domicilio permanente):

Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

Contacto de emergencia: _____

Número de teléfono: _____ Relación con usted: _____

■ Y0041_H5361_AH_26_125505_C

AH16715 (01/26)

62131



B**Brinde su información de seguro de Medicare**

Tome su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

- Complete esta información según aparece en su tarjeta de Medicare.

- O BIEN -

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Railroad Retirement Board (RRB, Junta de Retiro Ferroviario).

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare):

Número de Medicare:

Con derecho a: Fecha de entrada en vigencia:

HOSPITAL (Part A) (___ / ___ / ___)
(MM/DD/AAAA)

MEDICAL (Part B) (___ / ___ / ___)
(MM/DD/AAAA)

Debe tener cobertura de Medicare Part A y Part B para unirse a un plan Medicare Advantage.

C Pago de la prima del plan (todos los campos de esta sección son opcionales)

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

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga o deba actualmente) por correo o mediante transferencia electrónica de fondos cada mes. **También puede optar por pagar su prima a través de la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Railroad Retirement Board.**

Si usted debe pagar un Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA Part D, ajuste mensual por ingresos de la Part D), debe pagar este monto adicional junto con la prima de su plan. Generalmente, el monto se deduce de su beneficio del Seguro Social o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). **NO pague el IRMAA Part D a AmeriHealth PPO.**

Si usted no selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Seleccione una opción de pago de la prima (esta pregunta es opcional):

Recibir una factura

Transferencia electrónica de fondos desde su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta: _____

Número de ruta bancaria:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de cuenta bancaria:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tipo de cuenta: Cuenta corriente Cuenta de ahorro

Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la RRB.

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social o la RRB puede tomar dos meses o más en comenzar luego de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas a pagar desde la fecha de su inscripción hasta que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel por sus primas mensuales).

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 cuidados a largo plazo, como una residencia para ancianos? Sí No

Si la respuesta es “Sí”, brinde la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección y número de teléfono de la institución (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. ¿Su cónyuge trabaja? (Esta pregunta es opcional) Sí No

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.

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

Comuníquese 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 a.m. a 8 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 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 atención primaria
(marque la casilla si es el
médico actual*)
(Esta pregunta es opcional)

Número de código del médico/
Identificación de grupo

El número 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 atentamente y marque el casillero si la afirmación se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de los siguientes casilleros, está confirmando que, a su entender, usted es elegible para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, podemos darlo de baja.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el período de inscripción abierta para Medicare Advantage.
- 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)_____.
- Hace poco tiempo, salí de prisión.
Salí el (indique la fecha) _____.
- Hace poco tiempo, regresé a los Estados Unidos luego de vivir permanentemente fuera del país. Regresé a EE.UU. el (indique la fecha)_____ .
- Hace poco tiempo, obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (indique la fecha)_____ .
- Hace poco tiempo, 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 cambio ocurrió el (indique la fecha) _____.
- Hace poco tiempo, 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 cambio ocurrió el (indique la fecha) _____ .

- Tengo tanto Medicare como Medicaid (o recibo ayuda estatal para el pago de mis primas de Medicare), o recibo ayuda del programa Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no hubo ningún cambio.
- Me mudaré a un centro de cuidados a largo plazo, vivo en uno o hace poco tiempo me fui de 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 Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE, Programa de Cuidado Todo Incluido para Ancianos). Lo dejé el (indique la fecha)_____.
- Hace poco tiempo, perdí mi cobertura válida de medicamentos recetados de manera involuntaria (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)_____.
- Recibo ayuda de un programa estatal de ayuda farmacéutica calificado o perderé la ayuda de un programa estatal de ayuda farmacéutica.
- Mi plan finalizará su contrato con Medicare o Medicare finalizará su 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 Special Needs Plan (SNP, plan para necesidades especiales), pero perdí la calificación de necesidades especiales obligatoria para tener ese plan. Me dieron de baja del SNP el (indique la fecha)_____.
- Me inscribí en la Part A (seguro de hospitalización) o la Part B (seguro médico) durante un período especial de inscripción para el que calificué debido a una circunstancia excepcional. Quiero inscribirme en un plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos).
- Pago una prima por la Part A y me he inscrito en la Part B durante el período general de inscripción (del 1 de enero al 31 de marzo de cada año). Quiero inscribirme en un plan de medicamentos de Medicare (Part D) o un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos.

- Tengo Medicare y recibo todos los beneficios de Medicaid. Quiero inscribirme o cambiarme a un plan que coordine la cobertura de mis planes de atención administrada de Medicare y Medicaid (conocido como Dual Eligible Special Needs Plan [D-SNP, plan para necesidades especiales de doble elegibilidad])

F Certificación de elegibilidad para un período de inscripción

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica 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. Atendemos los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 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.

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 dará de baja 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 “Evidencia de cobertura” de AmeriHealth Medicare PPO (también conocido como “Contrato de miembro” 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.
 - 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:

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 State Health Insurance Assistance Program [SHIP, Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico], familiar u otro) que ayuda a un inscrito a completar este formulario.

Nombre _____ Relación con el inscrito: _____

Firma: _____

Solo para agentes y corredores:

Fecha de recepción de la solicitud:

Número de identificación del plan: _____ Fecha de entrada en 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 realizar el pago de los beneficios 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. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare tal y como se especifica en el System of Records Notice (SORN, aviso del sistema de registro) “Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)”, número 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.