



# Abrazo Advantage Health Plan (HMO)

## Formulario de Inscripción Individual

Si necesita información en algún otro idioma o formato (Braille), por favor comuníquese con Abrazo Advantage Health Plan.

**Para inscribirse en Abrazo Advantage Health Plan, por favor proporcione la siguiente información:**

**Por favor, marque el plan en el cual quiere inscribirse:**

Abrazo Advantage HMO \$0.00 al mes

Abrazo Advantage Plus HMO SNP \$0.00 al mes

APELLIDO:

NOMBRE:

Inicial del segundo nombre:

Sr.    Sra.    Srta.

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):

Sexo:    M    F

Número de teléfono de la casa:

Número de teléfono alterno:

Dirección de residencia permanente (no se permiten apartados postales):

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Dirección de correo (sólo si es diferente a la de dirección residencia permanente):

Ciudad:


Estado:

Código postal:

**Por favor, proporcione información sobre su seguro de Medicare**

Por favor, saque su tarjeta de Medicare para completar esta sección.

- Por favor, complete los espacios en blanco de manera que concuerden con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

<b>MEDICARE</b>  <b>HEALTH INSURANCE</b>	
SAMPLE ONLY	
Name: _____	
Medicare Claim Number	Sex ____
____ - ____ - ____	_____
Is Entitled To	Effective Date
<b>HOSPITAL (Part A)</b>	_____
<b>MEDICAL (Part B)</b>	_____

Name:

Sex:    Male    Female

Medicare Claim Number:

Effective Date:

Hospital (Part A):

Medical (Part B):

– O –

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario

Usted debe tener las Partes A y B de Medicare para inscribirse en un plan de Medicare Advantage.

## **Pago de la prima del plan**

**Si determinamos que usted debe una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagar. También puede seleccionar pagar su prima con una deducción automática mensual de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario. Si se determina que tiene que pagar una cantidad ajustada mensual de la Parte D debido a sus ingresos, será notificado(a) por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Se le puede retener la cantidad de su cheque de beneficios del Seguro Social o enviar directamente la factura de Medicare, o de la Junta de Retiro Ferroviario. NO pague la cantidad adicional de la Parte D-IRMAA a Abrazo Advantage Health Plan.**

Personas con ingresos limitados pueden calificar para ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar 75% o más de los costos de sus medicamentos incluyendo primas por recetas médicas mensuales, deducibles anuales y coseguro. Además, aquellos que califican no tienen período sin cobertura o multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y no lo saben. Para más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778. También puede aplicar para la ayuda adicional a través del sitio de Internet <http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp>.

Si usted califica para ayuda adicional con los costos de cobertura de sus medicamentos recetados de Medicare, Medicare le pagará todo o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga sólo una parte de esta prima, nosotros le enviaremos la factura por la cantidad que no cubre Medicare.

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

### **Por favor, seleccione una opción para el pago de la prima del plan:**

Recibir una factura

Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario. (Puede tomar dos meses o más para comenzar la deducción después que el Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario aprueba la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario incluirá todas las primas que deba de su inscripción desde la fecha que entra en vigencia hasta que comience la retención. Si el Seguro Social/la Junta de Retiro Ferroviario no aprueba su solicitud para deducción automática, le enviaremos una factura por su prima mensual.)

**Por favor, lea y responda estas importantes preguntas:**

1. ¿Tiene usted la Enfermedad Renal Terminal?      Sí      No

Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso y/o si ya no necesita diálisis en forma regular, **por favor adjunte una nota o registros** de su doctor que muestren que su trasplante de riñón fue exitoso o que usted ya no necesita diálisis, de lo contrario es posible que tengamos que comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluyendo seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios médicos de empleados federales, beneficios para veteranos (VA) o programas estatales de ayuda farmacéutica.

¿Va a tener otra cobertura de medicamentos recetados además de Abrazo Advantage Health Plan?      Sí      No

Si la respuesta es “Sí”, por favor, haga una lista de sus otras coberturas y el (los) número(s) de identificación para la(s) cobertura(s):

Nombre de la otra cobertura:

Número de identificación de la cobertura:

Número de grupo de la cobertura:

3. ¿Es usted residente de una institución de cuidados a largo plazo, como un asilo de ancianos?  
Sí      No

Si respondió “Sí”, por favor proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución:

Dirección y número de teléfono de la institución (número y nombre de la calle):

4. ¿Está inscrito en un programa estatal de Medicaid?      Sí      No

Si respondió “Sí”, por favor proporcione su número de Medicaid:

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

6. Para ser eligible al plan Abrazo Advantage Plus usted tiene que ser eligible para los servicios medicos bajo AHCCCS.

*Usted tiene AHCCCS Y Medicare?*      Sí      No

**Por favor, seleccione el nombre de un médico de cuidado primario:**

**Por favor, marque una de las casillas/opciones a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea el inglés o en otro formato:**

English      Texto con letras grandes

Please contact Abrazo Advantage Health Plan at (602) 824-3900 or (888) 864-1114 if you need information in another format or language. Our office hours are 7 days a week, 8 a.m. to 8 p.m. TTY/TDD users should call (800) 842-4681.



## **Por favor, lea esta información importante**

**Si actualmente tiene cobertura médica por parte de un empleador o sindicato, el inscribirse en Abrazo Advantage Health Plan puede afectar los beneficios médicos de su empleador o sindicato. Usted puede perder la cobertura médica de su empleador o sindicato al ingresar en Abrazo Advantage Health Plan.** Lea las comunicaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web, o comuníquese con la oficina que aparece en sus comunicaciones. Si no hay información sobre con quién comunicarse, el administrador de sus beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudar.

## **Por favor, lea y firme a continuación**

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

Abrazo Advantage Health Plan es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Voy a tener que mantener la cobertura de las Partes A y B de Medicare. Solamente puedo estar en un solo plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan automáticamente termina mi inscripción en otro plan médico o plan de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informarles acerca de cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga ahora o que pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan, por lo general, es por todo el año. Una vez que me inscriba, puedo salir de este plan o hacer cambios si el período de inscripción está disponible (por ejemplo, durante el Período de Inscripción Anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

Abrazo Advantage Health Plan proporciona servicio a un área específica. Si me mudo fuera del área en la cual Abrazo Advantage Health Plan proporciona servicio, necesito notificar al plan de manera que pueda darme de baja y encontrar un nuevo plan en el área nueva. Desde el momento en que sea miembro de Abrazo Advantage Health Plan, tengo el derecho de apelar cualquier decisión del plan sobre pagos o servicios, si estoy en desacuerdo. Leeré el documento de la Evidencia de Cobertura de Abrazo Advantage Health Plan cuando lo reciba para saber cuáles reglas debo seguir para obtener cobertura con este plan de Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare por lo general no tienen cobertura de Medicare cuando están fuera del país excepto por cobertura limitada cerca de la frontera de Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Abrazo Advantage Health Plan, debo obtener todos mi atención médica de Abrazo Advantage Health Plan, excepto en casos de emergencia o cuando necesite servicios de urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por Abrazo Advantage Health Plan y otros servicios incluidos en mi documento de Evidencia de Cobertura de Abrazo Advantage Health Plan (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscriptor) tendrán cobertura. Sin autorización, **NI MEDICARE NI ABRAZO ADVANTAGE HEALTH PLAN PAGARÁ LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si estoy recibiendo asistencia de algún agente de ventas, agente de seguros o cualquier otra persona empleada por o contratada por Abrazo Advantage Health Plan, él/ella puede recibir pagos basados en mi inscripción en Abrazo Advantage Health Plan.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan médico de Medicare, entiendo que Abrazo Advantage Health Plan dará a conocer mi información a Medicare y a otros planes en caso de que sea necesario debido a tratamiento, pagos y servicios médicos. También, entiendo que Abrazo Advantage Health Plan dará a conocer mi información incluyendo datos sobre mis medicamentos recetados a Medicare, quien puede darla a conocer para estudios y otros propósitos que sigan todos los estatutos y reglamentos federales que apliquen. La información en este formulario de inscripción es correcta hasta donde tengo conocimiento. Entiendo que si, de manera intencional, proporciono información falsa en este formulario, se me dará de baja del plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre de acuerdo a la ley del estado en el que vivo) en esta aplicación significa que he leído y entendido el contenido de esta aplicación. Si lo firma una persona autorizada (tal como se explicó antes), esta firma certifica que: 1) Esta persona está autorizada bajo la ley del estado a completar esta inscripción y 2) los documentos de esta autorización están disponibles en Medicare, si se solicitan.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha de hoy:**

Si usted es un representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Parentesco con la persona inscrita:

**Por lo general, usted puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare sólo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año.** Además, hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera el período de inscripción anual.

Por favor, lea con atención las declaraciones que están a continuación y marque la casilla si la declaración le corresponde a usted. Al marcar una de las siguientes casillas, está certificando que, hasta donde usted sabe, es elegible para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, se le puede dar de baja.

Soy nuevo en Medicare.

Me mudé recientemente fuera del área de servicio para mi plan actual o recientemente me mude y este plan es una nueva opción para mí.

Me mudé el (escriba la fecha)

Regresé recientemente a los Estados Unidos después de vivir fuera de los Estados Unidos de manera permanente.

Regresé a los Estados Unidos el (escriba la fecha)

Tengo Medicare y Medicaid o mi estado ayuda a pagar las primas de Medicare.

Obtengo ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Ya no califico para ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Dejé de recibir ayuda adicional el (escriba la fecha)

Me voy a mudar/ vivo en/ recientemente me mudé fuera de una institución de cuidados a largo plazo (por ejemplo, un asilo para ancianos o institución de cuidados a largo plazo).

Me mudé/me mudaré fuera de la institución el (escriba la fecha)

Recientemente salí del programa PACE el (escriba la fecha)

Recientemente, de manera involuntaria, perdí mi cobertura de medicamentos recetados confiable (tan buena como Medicare). Perdí la cobertura de mis medicamentos recetados el (escriba la fecha)

Voy a abandonar la cobertura de mi empleador o sindicato el (escriba la fecha)

Fermo parte de un programa de asistencia de farmacia en mi estado.

Mi plan termina su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.

Estaba inscrito en el Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) pero ya no tengo la calificación necesaria para permanecer en el plan. Me dieron de baja del Plan de Necesidades Especiales el (registre la fecha)

Si ninguna de estas declaraciones corresponden a su situación o no está seguro, por favor, comuníquese con Abrazo Advantage Health Plan al (602) 824-3900 or (888) 864-1114 TTY/TDD (800) 842-4681 para ver si usted es elegible para inscribirse. Estamos abiertos 7 días a la semana 08 a.m. a 8 p.m.

**For Office Use Only:**

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

Plan ID: \_\_\_\_\_

Effective Date of Coverage: \_\_\_\_\_

ICEP/IEP:  AEP:  SEP (type):  \_\_\_\_\_ Not Eligible:

Broker/Agent ID: \_\_\_\_\_