



# Solicitud de Afiliación para el 2020

**Siga estos sencillos pasos para convertirse en un afiliado del Plan Medicare Advantage de CarePlus.**



## Tenga lista su tarjeta de Medicare

Escriba con letra de molde clara y llene todo el formulario, asegurándose de no saltarse los campos requeridos (en rojo). Debe escribir la información tal y como aparece en su tarjeta de Medicare.

**Por cada persona que presente una solicitud, se debe llenar un formulario por separado.**



## Firme y feche la Solicitud de Afiliación

**Este formulario no estará completo hasta que usted lo firme.** Si el formulario no se completa y no se envía dentro del período de tiempo asignado, la solicitud de afiliación podría ser denegada. Si el formulario lo completa un representante legal autorizado, esta persona deberá firmarlo, y se deberá proporcionar la documentación legal cuando se la solicite.



## No envíe Formularios de Afiliación duplicados para el mismo plan y la misma fecha de entrada en vigencia.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados al **1-800-794-5907**; TTY: **711**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.



## Lea esta información importante

Antes de firmar, lea completamente esta Solicitud de Afiliación para asegurarse de que entiende la información suministrada.



Puede enviar esta Solicitud de Afiliación **por correo** a:

**CarePlus Enrollment Forms  
P.O. Box 14733  
Lexington, KY 40512-4642**



o envíe **por fax** este Formulario de Afiliación a:

**1-855-819-8679**

**Aviso:** Para su conveniencia, se incluye una portada de fax en el reverso de esta página.



## PORTADA DE FAX

FECHA: \_\_\_\_\_

PARA: **Afiliación en CarePlus**

NÚM. DE FAX: **1-855-819-8679**

CANTIDAD DE PÁGINAS (INCLUIDA LA PORTADA DEL FAX): \_\_\_\_\_

DE (Nombre y apellido): \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

NÚM. DE FAX: \_\_\_\_\_

**\*\*\* Antes de enviar por fax este formulario de afiliación, asegúrese de que todos los campos necesarios (en rojo) estén marcados y se puedan leer con claridad \*\*\***

Mensaje: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ESTE FACSIMIL CONTIENE INFORMACIÓN PRIVILEGIADA Y CONFIDENCIAL PREVISTA PARA EL USO EXCLUSIVO DE LOS DESTINATARIOS QUE SE MENCIONAN ARRIBA. SI USTED NO ES EL DESTINATARIO PREVISTO DE ESTE FACSIMIL NI EL EMPLEADO O EL AGENTE RESPONSABLE DE ENTREGARLO AL DESTINATARIO PREVISTO, QUEDA INFORMADO DE QUE DIVULGAR O HACER COPIAS DEL PRESENTE FACSIMIL ESTÁ ESTRICTAMENTE PROHIBIDO. SI RECIBIÓ ESTE FACSIMIL POR ERROR, COMUNÍQUESE CON NOSOTROS PARA HACÉRNOSLO SABER Y DEVUELVA EL FACSIMIL POR CORREO A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN.

---

P.O Box 14733 Lexington, KY 40512-4642

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados al **1-800-794-5907**; TTY: **711**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

# ¡IMPORTANTE!

## En CarePlus, es importante que usted reciba un trato justo.

CarePlus Health Plans, Inc. no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género o religión. La discriminación es contra la ley. CarePlus cumple con las leyes aplicables de derechos civiles federales. Si usted cree que CarePlus le ha discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:  
**CarePlus Health Plans, Inc. Atención: Departamento de Servicios para Afiliados.**  
11430 NW 20th Street, Suite 300. Miami, FL 33172.  
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 1-800-794-5907 (TTY: 711)

CarePlus provee recursos y servicios auxiliares gratuitos tales como intérpretes acreditados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

## Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 1-800-794-5907 (TTY: 711)

**Español (Spanish):** Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

**繁體中文 (Chinese):** 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

**Tiếng Việt (Vietnamese):** Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

**한국어 (Korean):** 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오.

**Tagalog (Tagalog – Filipino):** Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

**Русский (Russian):** Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

**Kreyòl Ayisyen (French Creole):** Rele nimewo ki pi wo la a, pou resewva sèvis èd pou lang ki gratis.

**Français (French):** Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

**Polski (Polish):** Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.

**Português (Portuguese):** Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

**Italiano (Italian):** Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

**Deutsch (German):** Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

**ગુજરાતી (Gujarati):** નિચીલેલું નંબર પર કોલ કરવા માટે ઉપરોક્ત નંબર પર કોલ કરો.

**ภาษาไทย (Thai):** โทรติดต่อที่หมายเลขด้านบนนี้เพื่อรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย.

**Diné Bizaad (Navajo):** Wóda'hí béesh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'déé' níká'adoowoł.

**العربية (Arabic):**

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك

**Todos Los Campos En Rojo Son Requeridos**

**Fecha Propuesta de Entrada en Vigor (coloque el mes):** \_\_\_\_\_ / 01 / 2020

Póngase en contacto con CarePlus Health Plans si necesita información en otro idioma o formato.  
Para afiliarse a CarePlus Health Plans, proporcione la siguiente información:

**Selección del Plan:**

- Elija Una Sola Opción:**
- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> CareOne (HMO)  | <input type="checkbox"/> CareOne PLUS (HMO)  | <input type="checkbox"/> CareExtra (HMO)        |
| <input type="checkbox"/> CareFree (HMO)   | <input type="checkbox"/> CareFree PLUS (HMO) | <input type="checkbox"/> CareNeeds (HMO D-SNP)* |
| <input type="checkbox"/> CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)* *Se requiere la elegibilidad aplicable para Medicaid |  |   |

**Por Favor, Proporcione la Información de su Seguro de Medicare:**

Tenga a la mano su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para llenar esta sección.

- Por favor llene esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.
- O-
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare, o una copia de su carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.



**MEDICARE HEALTH INSURANCE**

**Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare):** \_\_\_\_\_

**Número de Medicare:** \_\_\_\_\_

Tiene Derecho A:                      Fecha de Entrada en Vigor:

HOSPITAL (Parte A)                      \_\_\_\_\_

MÉDICO (Parte B)                      \_\_\_\_\_

Usted tiene que tener la Parte A y la Parte B de Medicare para afiliarse a un plan Medicare Advantage.

**Apellido:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Inicial:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA) **Sexo:** \_\_\_\_\_

Es importante que podamos comunicarnos con usted para proporcionarle lo necesario para estar informado y cuidar de su salud. Escriba su dirección de correo electrónico y número de teléfono.

**Dirección de Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted autoriza a CarePlus a enviarle información sobre su salud a tal dirección.

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_  Casa     Celular     Trabajo     Otro

**Número de Teléfono Alternativo:** \_\_\_\_\_  Casa     Celular     Trabajo     Otro

Puede haber veces en que CarePlus usará un sistema automatizado para llamarle o enviarle mensajes de texto. Cuando eso ocurra, nos aseguraremos de usar el número de teléfono que nos proporcionó.

**Residencia Permanente (Debe incluir su dirección residencial para confirmar su área de servicio):**

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Condado:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Dirección Postal (solo si es diferente a su Dirección de Residencia Permanente):**

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

Por favor seleccione el nombre de un Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés), una clínica o un centro médico:

**Nombre del PCP (letra de molde):** \_\_\_\_\_ **N.º de ID del PCP:** \_\_\_\_\_

¿Ya es paciente del PCP que seleccionó?  Sí  No

## Pago de la prima de su plan

**Si usted seleccionó un plan con una prima mensual de cero y determinamos que debe una multa por afiliación tardía (o si usted tiene actualmente una multa por afiliación tardía)**, necesitamos saber de qué manera prefiere pagarla. Puede pagarla cada mes por correo o por Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, por sus siglas en inglés). También puede pagar su prima mediante deducciones automáticas de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés) cada mes.

**Si usted seleccionó un plan con una prima mensual, usted puede pagar la prima mensual del plan (junto con cualquier multa por afiliación tardía que tenga actualmente o deba)** por correo o por Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, por sus siglas en inglés) cada mes. También puede pagar su prima mediante deducciones automáticas de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés) cada mes.

Si la valoración resulta en una Cantidad de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés) de la Parte D, usted será notificado por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable por pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. A usted se le deducirá esta cantidad de su cheque de beneficios del Seguro Social, o será facturado directamente por Medicare o la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés).

### **NO le pague a CarePlus Health Plans, Inc. la IRMAA de la Parte D.**

Las personas con ingresos limitados podrían cumplir con los requisitos para recibir Ayuda/Beneficio Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted cumple con los requisitos, Medicare podría pagar por el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, aquellos que cumplan con los requisitos no tendrán una brecha en la cobertura ni una multa por afiliación tardía. Muchas personas cumplen con los requisitos para recibir estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para recibir más información sobre esta Ayuda/Beneficio Adicional, póngase en contacto con la oficina del Seguro Social de su localidad o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Usted también puede solicitar Ayuda/Beneficio Adicional por Internet en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si usted cumple con los requisitos para recibir Ayuda/Beneficio Adicional con los costos de cobertura de sus medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará toda o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una parte de esta prima, le enviaremos una factura por la cantidad restante que Medicare no cubra.

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

### **Por favor seleccione una opción de pago de la prima:**

- Recibir una factura
- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés).

Recibo beneficios mensuales del:       Seguro Social       RRB

(La deducción del Seguro Social o de la RRB puede demorar dos meses o más después de que el Seguro Social o la RRB la aprueben. 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 que adeude desde la fecha de entrada en vigencia de su afiliación hasta el momento en que comienza la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por las primas mensuales.)

- Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, por sus siglas en inglés) de su cuenta bancaria cada mes. Por favor adjunte un cheque ANULADO o proporcione los siguientes datos:

Por medio de la presente, autorizo a CarePlus para iniciar entradas de débito/crédito en mi cuenta corriente/de ahorros para el pago de la prima.	
<input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros	
Nombre del Titular de la Cuenta: _____	
Nombre del Banco Depositario: _____	
<b>NÚMERO DE RUTA BANCARIA</b>	<b>NÚMERO DE CUENTA BANCARIA</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lea y responda esta importante pregunta sobre la Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):

**¿Tiene Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)?**  Sí  No

Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso y/o si ya no necesita de diálisis con regularidad, **por favor adjunte una nota o el informe** de su médico que indique que ya no necesita diálisis o que se le sometió con éxito a un trasplante de riñón. De lo contrario, tendremos que comunicarnos con usted para obtener información adicional.

Por favor lea y conteste las siguientes preguntas importantes:

1. Una vez afiliado, ¿tendrá otra cobertura médica?  Sí  No  
Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:  
Nombre de la compañía aseguradora: \_\_\_\_\_  
Dirección de la compañía aseguradora 1: \_\_\_\_\_ Dirección de la compañía aseguradora 2: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
N.º de póliza: \_\_\_\_\_ N.º de identificación: \_\_\_\_\_ ¿Es usted el titular principal de la póliza?  Sí  No  
Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
2. Algunas personas pueden tener otro tipo de cobertura de medicamentos recetados, como por ejemplo, otro tipo de seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios para la salud para empleados federales, beneficios para veteranos (VA), o programas estatales de asistencia farmacéutica.  
¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados además de CarePlus Health Plans?  Sí  No  
En caso afirmativo, indique el otro tipo de cobertura y su(s) número(s) de identificación (ID) para esta cobertura:  
Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
N.º de identificación de esta cobertura: \_\_\_\_\_ N.º de grupo de esta cobertura: \_\_\_\_\_
3. ¿Es usted residente en un centro de atención médica prolongada como un hogar de convalecientes?  Sí  No  
Si contestó "sí", por favor proporcione la siguiente información:  
Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_  
Dirección y Número de Teléfono de la Institución (número y calle): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. ¿Está usted inscrito en el Programa Estatal de Medicaid?  Sí  No  
En caso afirmativo, por favor proporcione su número de Medicaid: \_\_\_\_\_  
\*Se requiere la elegibilidad aplicable para Medicaid al momento de afiliarse a los planes CareNeeds y CareNeeds PLUS
5. ¿Usted o su cónyuge trabaja?  
 Sí  No
6. Marque una de las casillas a continuación para seleccionar su preferencia de idioma:  
 Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_
7. Seleccione una opción si necesita información en un formato accesible:  
 Audio  En letra grande  Pantalla accesible con lector de PDF  Verbalmente por teléfono  Braille  
Por favor llame a Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907 si necesita información en un formato accesible o idioma distinto a los indicados anteriormente. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

**Por lo general, usted puede afiliarse a un plan Medicare Advantage solo durante el Período Anual de Afiliación que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.** Hay algunas excepciones que pueden permitirle afiliarse a un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Por favor lea detenidamente las declaraciones siguientes y marque el óvalo si se aplican a su situación. Al marcar cualquiera de los óvalos siguientes, está certificando que, hasta donde tiene conocimiento, usted reúne los requisitos para un Período de Afiliación. Si más adelante determinamos que esta información no es correcta, es posible que sea desafiado.

Código		Declaraciones del Período de Afiliación
<input type="radio"/>	NEW	Acabo de reunir los requisitos para la Parte A y/o la Parte B de Medicare (ICEP/IEP).
<input type="radio"/>	LEC	Voy a dejar la cobertura del empleador o sindicato el (incluir fecha) _____.
<input type="radio"/>	AEP	Me afiliaré durante el Período Anual de Afiliación.
<input type="radio"/>	CIE	Estaba afiliado a un plan de Medicare (o de mi estado) dentro de los últimos 3 meses y deseo elegir un plan diferente.
<input type="radio"/>	DST	Fui víctima de una emergencia climática o de un desastre importante (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA, por sus siglas en inglés]). Una de las demás afirmaciones incluidas en el presente documento aplicaba a mi caso, pero no pude llevar a cabo mi afiliación debido al desastre natural.
<input type="radio"/>	EXC	Recientemente, ocurrió un cambio en el pago de Extra Help (Ayuda Adicional) para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (adquirí Ayuda Adicional recientemente, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí Ayuda Adicional) dentro de los últimos 3 meses.
<input type="radio"/>	EXT	Recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no ha ocurrido un cambio.
<input type="radio"/>	LAW	Recientemente (dentro de los últimos 3 meses) se me otorgó el estado de presencia legal en Estados Unidos.
<input type="radio"/>	LOC	Recientemente perdí mi cobertura acreditable de medicamentos recetados de manera involuntaria (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (incluir fecha) _____.
<input type="radio"/>	LTC	Voy a ingresar, vivo en, o acabo de salir de un Centro de Atención Médica Prolongada (como por ejemplo, un hogar de convalecientes). La fecha de ingreso/de estancia/de salida del centro es (incluir fecha) _____.

Continúa en la página siguiente

Código		Declaraciones del Período de Afiliación
<input type="radio"/>	MCC	Recientemente, ocurrió un cambio en mi Medicaid (adquirí Medicaid recientemente, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) dentro de los últimos 3 meses.
<input type="radio"/>	MCD	Tengo tanto Medicare como Medicaid (o recibo ayuda del estado para pagar las primas de Medicare), pero no ha ocurrido un cambio.
<input type="radio"/>	MOV	Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual <input type="radio"/> me mudé recientemente y este plan es una opción nueva para mí <input type="radio"/> regresé recientemente a los Estados Unidos después de vivir fuera de los Estados Unidos de forma permanente <input type="radio"/> hace poco fui liberado de una encarcelación. Me mudé/Regresé a los Estados Unidos/fui liberado el (incluir fecha) _____.
<input type="radio"/>	NON	Mi plan Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés) actual no será renovado para el próximo año. <b>Tome en cuenta: Este Período Especial de Elección (SEP, por sus siglas en inglés) solo es válido desde el 8 de diciembre hasta el último día del mes de febrero del próximo año.</b>
<input type="radio"/>	OEP	Soy afiliado de un plan de Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de Afiliación Abierta de Medicare Advantage.
<input type="radio"/>	PAC	Recientemente salí de un Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés) el (incluir fecha) _____.
<input type="radio"/>	SNP	Yo estaba afiliado a un Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés), pero he perdido los requisitos de necesidades especiales requeridos para estar en ese plan. Yo fui desafiliado del SNP el (incluir fecha) _____.
<input type="radio"/>	SPA	Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
<input type="radio"/>	TER	Mi plan va a terminar su contrato con Medicare, o Medicare va a terminar su contrato con mi plan.
<input type="radio"/>	OTH	Ninguna de las declaraciones anteriores es aplicable a mi caso. Sin embargo, creo que mis circunstancias especiales me permitirían acceder a una excepción para afiliarme (sujeto a aprobación). Explique, por favor: _____ _____ _____ _____ _____

## POR FAVOR LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE:



**Si actualmente tiene cobertura de salud a través de un empleador o de un sindicato, el afiliarse a CarePlus Health Plans, podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o del sindicato. Usted podría perder su cobertura de salud del empleador o del sindicato si se afilia a CarePlus Health Plans.** Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envíe. Si tiene preguntas, visite la página de Internet de la entidad correspondiente o comuníquese con la oficina que aparece en sus comunicaciones. Si no se indica con quién puede comunicarse, puede solicitar ayuda a su administrador de beneficios o a la oficina que contesta preguntas sobre su cobertura.

Lea y firme en la siguiente página:

### **Al llenar este formulario de afiliación, manifiesto mi conformidad con lo siguiente:**

CarePlus Health Plans, Inc. es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno Federal. Debo mantener mi afiliación a las Partes A y B de Medicare. Solo puedo estar en un plan Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi afiliación a este plan cancelará automáticamente la afiliación que tenga a otro plan de salud o plan de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informarles a ustedes sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda adquirir en el futuro. Por lo general, la afiliación a este plan es para todo el año. Una vez que me afilie, solo podré retirarme de este plan o hacer modificaciones en ciertos momentos del año cuando esté disponible un período de afiliación (por Ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o si se presentan ciertas circunstancias especiales.

CarePlus Health Plans, Inc. ofrece atención en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio de CarePlus Health Plans, Inc., deberé notificar al plan para así poder cancelar la afiliación y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que esté afiliado a CarePlus Health Plans, Inc., tendré el derecho de apelar las decisiones del plan relacionadas con pagos o servicios en caso de no estar de acuerdo con ellas. Leeré el documento titulado Evidencia de Cobertura de CarePlus Health Plans, Inc. cuando lo reciba para conocer cuáles son los reglamentos que debo seguir para recibir cobertura de este plan Medicare Advantage. Entiendo que, por lo general, las personas con Medicare no están cubiertas por Medicare mientras se encuentren fuera del país, con excepción de cobertura limitada cerca de la frontera con Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de CarePlus Health Plans, Inc., yo debo recibir toda la atención médica de CarePlus Health Plans, Inc., con excepción de los servicios de emergencia o los servicios de urgencia necesaria, o los servicios de diálisis fuera del área de cobertura. Los servicios autorizados por CarePlus Health Plans, Inc. y otros servicios incluidos en el documento Evidencia de Cobertura de CarePlus Health Plans, Inc. (conocido también como contrato del afiliado o acuerdo de afiliación) estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI CAREPLUS HEALTH PLANS, INC. PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, un agente comercial u otra persona que CarePlus Health Plans, Inc. haya empleado o contratado, dicha persona podrá recibir una compensación basada en mi afiliación a CarePlus Health Plans, Inc.

**Divulgación de Información:** Al afiliarme a este plan de salud de Medicare, reconozco que CarePlus Health Plans, Inc. entregará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para efectos de tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud. Igualmente reconozco que CarePlus Health Plans, Inc. entregará mi información, incluyendo los datos relacionados con mis medicamentos recetados, a Medicare quien a su vez podrá divulgarla para efectos de investigación y otros fines que se ciñan a todos los estatutos y reglamentos federales pertinentes. La información contenida en esta solicitud de afiliación es correcta hasta donde tengo conocimiento. Entiendo que si intencionalmente proporciono información falsa en esta solicitud, seré desafiado del plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre bajo las leyes del Estado donde resido) en este formulario de afiliación significa que he leído y que entiendo el contenido de este formulario de afiliación. Si una persona autorizada (según se describe arriba) firma este documento, la firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por las leyes del Estado para llenar esta solicitud de afiliación y 2) la documentación relacionada con esta autorización está disponible si Medicare llega a solicitarla.

He leído y entendido la información importante en las páginas anteriores y recibí una copia del Resumen de Beneficios.

**Su Firma:** \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

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

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el Afiliado: \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**\*\* Recuerde que se requiere documentación legal válida de dicha autoridad para poder tomar decisiones sobre los servicios de atención médica o hacer preguntas relacionadas al afiliado. \*\***

Espacio reservado para ser llenado por un Agente de Ventas Autorizado de CarePlus Health Plans, Inc.:

Tipo de Ámbito de Citas: \_\_\_\_\_ Número de Id. del Ámbito de Citas \_\_\_\_\_

**Nombre del Agente de Ventas (letra de molde):** \_\_\_\_\_

Firma del Agente de Ventas: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del Agente de Ventas: \_\_\_\_\_

**Número del Agente de Ventas:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Nombre del Agente de Referencia: \_\_\_\_\_

Número de Id. del Agente de Referencia: \_\_\_\_\_

Agentes, usen uno de los siguientes códigos de tres letras para el área del tipo de cita de arriba.

**F2F** – En persona

**INH** – Cita a domicilio

**SEM** – Seminario (no se requiere SOA)

**TEL** – Por teléfono

**OTH** – Otro

**WAL** – Walmart (no se requiere SOA)

**RET** – Socio minorista

**GCW** – Centro de Orientación sin turno previo

**GCS** – Seminario del Centro de Orientación (no se requiere SOA)

