

2021 Formulario de inscripción

Siga estos sencillos pasos para convertirse en afiliado de Medicare de Humana

Tenga listas sus tarjetas Medicare y Medicaid

Cada persona que solicite beneficios debe completar un formulario individual.

Firme y coloque la fecha en el formulario de inscripción

Si el formulario de inscripción no se completa y se envía dentro del período asignado, la inscripción podría ser rechazada.

Envíe su formulario de inscripción

Puede enviar por fax las páginas de Servicios para afiliados de este formulario de inscripción al: **1-877-889-9923**. O bien, envíe por correo postal este formulario de inscripción a:

Humana Medicare Enrollment
P.O. Box 14309
Lexington, KY
40512-4309

No envíe el mismo formulario de inscripción ni solicite inscribirse en el mismo plan en más de una ocasión.

Formulario de inscripción para un Plan de necesidades especiales con doble elegibilidad

Use este formulario **ÚNICAMENTE** si se va a inscribir en un Plan de necesidades especiales con doble elegibilidad de Humana.



Llámenos si tiene preguntas

Si tiene preguntas, llame a un agente de ventas certificado de Humana al **1-800-833-2367 (TTY: 711)**. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.

No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado podría responder su llamada los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. Deje su nombre y número de teléfono, y le devolveremos la llamada antes de finalizar el próximo día hábil.

Instrucciones

- Rellene por completo los óvalos.
- Utilice solamente tinta negra.
- Escriba con claridad solo un número o letra mayúscula en cada casilla.
- Si comete un error, tache la casilla con una "X" y escriba la letra o el número correctos encima o debajo de la casilla, como se muestra a continuación:

Números y letras correctos

1	2	3	S	M	I	X	H
---	---	---	---	---	---	---	---

Humana®

Notas adicionales

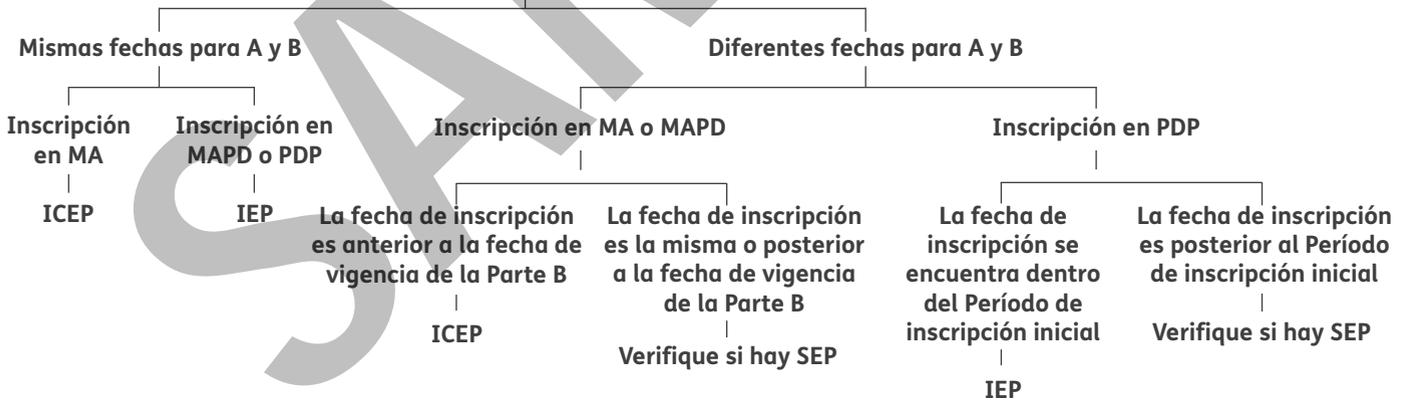
Período de inscripción inicial (IEP, por sus siglas en inglés) y Período de elección de cobertura inicial (ICEP, por sus siglas en inglés)

- Si las fechas de la Parte A y la Parte B son las mismas, el período de elección abarca siete meses: tres meses antes del mes en el que comienza a ser elegible, el mes en el que comienza a ser elegible y tres meses después del mes en el que comenzó a ser elegible.
- Si las fechas de la Parte A y la Parte B son diferentes, el período de elección abarca tres meses: tres meses antes del mes de la fecha de vigencia posterior (con frecuencia la fecha de la Parte B), y únicamente para la inscripción en un plan solo Medicare Advantage (MA) o un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados (MAPD, por sus siglas en inglés). Si la inscripción es para un plan de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés), verifique si el período de elección inicial de siete meses continúa disponible.
- La fecha de inicio de la cobertura se basa en factores como el derecho a Medicare y la presentación del formulario de inscripción completado.

Cuando ingrese su número de Medicare en el formulario de inscripción, escríbalo exactamente como aparece en su tarjeta de Medicare. N indica un número, A indica un carácter alfabético y E indica un número o un carácter alfabético. Los números de Medicare no comenzarán con cero ni contendrán las letras B, I, L, O, S o Z.

Los períodos de inscripción pueden superponerse. Asegúrese de marcar cualquier óvalo del Período de elección especial (SEP, por sus siglas en inglés) que se aplica a usted de la lista de declaraciones del SEP, en la página 4 del formulario de inscripción. Cuando se inscriba específicamente durante un SEP, una de las declaraciones del SEP debe ser verdadera para ser elegible para un SEP. Los agentes deben consultar el Material auxiliar sobre opciones de inscripción (DMS-024), que se encuentra en Humana MarketPoint University en Vantage, si no ven el SEP consignado en la página 4, o comunicarse con la Unidad de Asistencia para Agentes para obtener ayuda.

Consulte las fechas de elegibilidad de la Parte A y la Parte B en la tarjeta de Medicare



Alcance de la cita (SOA, por sus siglas en inglés) (pág. 8)

Los agentes deben usar uno de los códigos de tres letras a continuación para el campo de tipo de cita. Tenga en cuenta: No se requiere un SOA para SEM (Seminario) o GCS (Seminario del centro de asesoramiento). Tampoco se requiere un SOA para los formularios de inscripción tomados en un evento informal como horas informadas en tiendas minoristas, p. ej., Walmart.

F2F – En persona

GCS – Seminario del centro de asesoramiento

GCW – Centro de asesoramiento sin cita previa

INH – Cita en el hogar

OTH – Otro

RET – Socio minorista

SEM – Seminario

WAL – Walmart

TEL – Telefónica

¡Importante!

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a los individuos por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión.

La discriminación es contra la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-877-320-1235** o, si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través de su portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o al **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>.
- **Residentes de California:** También puede llamar a la línea directa gratuita del California Department of Insurance (Departamento de seguros de California): **1-800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja formal.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **1-877-320-1235 (TTY: 711)**

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para individuos con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Language assistance services, free of charge, are available to you. **1-877-320-1235 (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 resevwa 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.

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。

فارسی (Farsi)

برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

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

العربية (Arabic)

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك



LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE

Si actualmente tiene cobertura de salud de un patrono o sindicato, la afiliación a Humana puede influir en los beneficios de cuidado de la salud de su patrono o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su patrono o sindicato al afiliarse a Humana. Lea las comunicaciones que le envían su patrono o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que se indica en sus comunicaciones. Si no hay información de contacto, su administrador de beneficios o la oficina a cargo de responder preguntas sobre la cobertura pueden resultarle de utilidad.

Es posible que su estado proporcione servicios de asesoramiento con respecto a la contratación de un Seguro suplementario a Medicare u otras opciones de planes Medicare Advantage o Planes de medicamentos recetados, asistencia médica a través del programa estatal de Medicaid y un Programa de ahorros de Medicare.

Al completar este formulario de inscripción, acepto lo siguiente:

Si me inscribo en un plan de salud Medicare Advantage con contrato con el gobierno federal, debo conservar las Partes A y B de Medicare y debo continuar pagando mi prima de la Parte B de Medicare. Solo puedo estar en un plan Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en cualquier otro plan de salud Medicare Advantage o plan de medicamentos recetados. Si me inscribo en un plan de medicamentos recetados de Medicare, además de mi cobertura conforme a las Partes A y B de Medicare, tendré que mantener mi cobertura de las Partes A y B de Medicare. Es responsabilidad mía informar a Humana sobre cualquier cobertura para medicamentos recetados que tenga o pueda tener en el futuro. **Entiendo que si no tengo cobertura para medicamentos recetados de Medicare, o una cobertura válida para medicamentos recetados (tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una multa por afiliación tardía si en el futuro me inscribo en la cobertura para medicamentos recetados de Medicare.** Solo puedo inscribirme en un plan de medicamentos recetados de Medicare por vez. La inscripción en este plan es generalmente por el año completo. Una vez que me inscriba, puedo dejar este plan o realizar cambios solo en determinados momentos del año cuando haya un período de inscripción disponible (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o en ciertas circunstancias especiales.

Este plan de Humana presta servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio de este plan de Humana, debo notificar a Humana para poder desafiliarme y encontrar un nuevo plan en el área nueva. Una vez que me afilie a Humana, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios, si no estoy de acuerdo con ellas. Leeré la Evidencia de cobertura de Humana cuando la reciba para conocer las normas que debo cumplir para recibir cobertura con este plan Medicare Advantage o el plan de medicamentos recetados. Entiendo que los beneficiarios de Medicare generalmente no están cubiertos por Medicare mientras se encuentran fuera del país, excepto en lo que respecta a cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.

Se cubrirán los servicios necesarios por razones médicas autorizados por los planes de salud Medicare Advantage de Humana y otros servicios contenidos en la Evidencia de cobertura. **NI MEDICARE NI HUMANA PAGARÁN LOS SERVICIOS DE MEDICARE ADVANTAGE HMO SIN AUTORIZACIÓN.**

Entiendo que, si recibo asistencia de un agente de ventas, corredor u otro individuo que sea empleado de Humana o haya celebrado un contrato con Humana, este individuo puede recibir una compensación de acuerdo a mi inscripción en un plan de Humana.

Una vez que Humana haya recibido mi formulario de inscripción, puedo obtener una carta de verificación para asegurar de que comprendo cómo funciona mi plan y confirmar mi intención de inscribirme. Este no es un plan secundario a las Partes A y B de Medicare. Humana será responsable de los pagos en lugar de Medicare, y yo seré responsable de pagar las cantidades que Humana no cubra, como copagos y coseguros. Las Partes A y B de Medicare no pagarán mi cuidado de la salud mientras yo esté inscrito en Humana.

- Si solicita inscribirse en un plan de una **Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés)**, se aplica la siguiente declaración: Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura del plan HMO, todo el cuidado de la salud que reciba debe proceder de proveedores de la red, a excepción de los servicios en casos de emergencia, servicios que se necesitan con urgencia o diálisis fuera del área de servicio.
- Si solicita inscribirse en un **Plan de Organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés)**, se aplica la siguiente declaración: Entiendo que en la fecha en que comienza la cobertura del plan PPO, el uso de servicios dentro de la red puede costar menos que el uso de servicios fuera de la red, a excepción de los servicios en casos de emergencia, servicios que se necesitan con urgencia o diálisis fuera del área de servicio. Si son necesarios por razones médicas, Humana proporciona el reembolso de todos los beneficios cubiertos, aunque se reciban fuera de la red.

- Si solicita inscribirse en un **Plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés)**, se aplica la siguiente declaración: Entiendo que este plan es para personas que tienen tanto Medicaid como Medicare. Mi capacidad para inscribirme se basa en la verificación de que tengo derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de Medicaid.

Para los afiliados de un D-SNP de **FLORIDA**: Entiendo que este plan está patrocinado por Humana y la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud del Estado de Florida.

Para los afiliados de un D-SNP de **TENNESSEE**: Entiendo que TennCare no es responsable del pago de estos beneficios, a excepción de las cantidades apropiadas de costos compartidos. TennCare no es responsable de garantizar la disponibilidad o la calidad de estos beneficios. Toda referencia a más beneficios, o beneficios extra o adicionales de Medicare se aplica solo a Medicare y no indica beneficios adicionales de Medicaid.

- Entiendo que me inscribo en un Plan Medicare Advantage de Humana y no un plan Suplementario a Medicare, Medigap, Medicare Select ni Medicaid.

La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se me desafiliará del plan.

Divulgación de información:

Acuso recibo de que, al inscribirme en este plan de Medicare, Humana divulgará mi información a Medicare y otros planes y proveedores según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones relacionadas con el cuidado de la salud. También acuso recibo de que Humana divulgará mi información a Medicare (incluidos los datos sobre medicamentos recetados), que podrá divulgarla para fines de investigación y otros propósitos de conformidad con todos los estatutos y reglamentaciones federales que correspondan.

Declaración de la Ley de Privacidad: (Consulte la página 6)

Ingresos limitados:

Los individuos con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted es elegible, Medicare podría pagar el setenta y cinco (75) por ciento o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Asimismo, quienes sean elegibles no estarán sujetos al período sin cobertura ni a la multa por afiliación tardía. Muchos individuos son elegibles para obtener estos ahorros y ni siquiera lo saben. Si desea obtener más información sobre esta Ayuda adicional, comuníquese con la oficina del Seguro Social de su localidad. También puede comunicarse con el Seguro Social llamando al **1-800-772-1213**. Los usuarios de **TTY** deben llamar al **1-800-325-0778**. También puede solicitar la Ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si es elegible para recibir Ayuda adicional con los costos de la cobertura para medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima del plan. En caso de que Medicare pague únicamente una parte de esta prima, le facturaremos a usted la cantidad que Medicare no cubra.

NOTA IMPORTANTE sobre la deducción del cheque de beneficios de la Administración del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés):

Según el día del mes en que realice esta solicitud, es posible que se le deniegue la deducción de la SSA o de la RRB para el pago de su primera prima. Humana emitirá una factura por el pago inicial y reenviará su solicitud a los CMS (Medicare) para que la deducción de la SSA o de la RRB comience con la prima del segundo mes. Una vez procesada la solicitud, puede demorar hasta dos cheques de beneficios desde el momento en que su plan Medicare envía la solicitud para que comience la deducción de las primas. Esto significa que la primera vez que se retengan primas de su beneficio de la SSA o de la RRB, es posible que se deduzca una cantidad equivalente al pago de dos primas mensuales. La SSA o la RRB deducirán solo el costo del pago de una prima mensual de su beneficio de la SSA o de la RRB cada mes en lo sucesivo. En algunos casos, es posible que la demora sea de tres cheques de beneficios. No se realizará nunca una deducción por un valor superior a la cantidad de las primas correspondientes a tres meses. Si por algún motivo la deducción se retrasa más de tres meses y fuera necesario deducir más de tres meses de primas, Medicare suspenderá su solicitud y le indicará al plan de Medicare que le facture las primas directamente a usted. Esta medida evita que se realice una deducción cuantiosa e imprevista de su beneficio habitual.

Si usted se desafilia del plan, posiblemente se produzca el mismo retraso en el tiempo de procesamiento. Si la SSA o la RRB dedujeron la prima, la SSA o la RRB se la reembolsarán. Recibirá este reembolso dentro del plazo de los tres cheques de beneficios posteriores a su fecha de desafiliación.

Fecha de registro

2021 Formulario de inscripción de Humana Medicare Plan de necesidades especiales c/doble elegibilidad

Escriba con letra de imprenta esta información exactamente como figura en su tarjeta de Medicare.

Escriba con letra de imprenta clara. Utilice tinta negra. Los asteriscos (*) indican campos obligatorios.

NÚMERO DEL AGENTE (SAN)*

FECHA DE NACIMIENTO* SEXO*

M M / D D / A A A A M F

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO

H

(Para afiliados actuales o anteriores de Humana)

SEGURO DE SALUD DE MEDICARE

APELLIDO*

NOMBRE*

ISN*

NÚMERO DE MEDICARE*

N A E N - A E N - A A N N

TIENE DERECHO A FECHA DE VIGENCIA*

SEGURO HOSPITAL (PARTE A) M M / 0 1 / A A A A

SEGURO MÉDICO (PARTE B) M M / 0 1 / A A A A

Consulte a su agente para completar estas preguntas.

FECHA PROPUESTA DE INICIO DE LA COBERTURA*

M M / 0 1 / 2 0 2 1

(Debe ser posterior a la fecha de la firma de la pág. 8)

ICEP IEP AEP OEP OEP OEPI SEP

MA o PDP o NEW

MAPD MAPD CÓDIGO†

(Vea la página Notas adicionales)

†Necesario si seleccionó SEP. Consulte el código en la pág. 4.

DIRECCIÓN RESIDENCIAL* No se permiten apartados postales. Se requiere una dirección física.

CIUDAD* APTO. o SUITE ESTADO* CÓDIGO POSTAL*

CONDADO* APTO. o SUITE ESTADO* CÓDIGO POSTAL*

DIRECCIÓN POSTAL Debe ingresar su dirección residencial para confirmar su área de servicio. Escriba su dirección postal/apartado postal aquí, si corresponde. Si su dirección postal es la misma que la dirección residencial, rellene este óvalo.

CIUDAD APTO. o SUITE ESTADO* CÓDIGO POSTAL*

CIUDAD APTO. o SUITE ESTADO* CÓDIGO POSTAL*

Es importante que podamos comunicarnos con usted para ayudarle a mantenerse informado y cuidar de su salud. Proporcione su número de teléfono y su dirección de correo electrónico.

TELÉFONO

() -

En ocasiones, es posible que Humana utilice un sistema automatizado para llamarle o enviarle mensajes de texto. Cuando eso suceda, nos aseguraremos de utilizar el número de teléfono que proporcionó.

CORREO ELECTRÓNICO Al proveer su dirección de correo electrónico, usted autoriza a Humana a enviarle información sobre salud a esta dirección.

¿Sabe usted que puede reducir el correo postal al elegir recibir las comunicaciones del libro de inscripción por correo electrónico? Si elige esta opción, rellene este óvalo. Puede cambiar su elección en cualquier momento.

Recomendamos encarecidamente que todos los solicitantes de planes médicos incluyan a continuación la información de su médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Debe completar esta sección si solicita un plan HMO. Consulte su Resumen de beneficios para determinar si su plan requiere un PCP.

MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO (PCP)

N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL PCP

Nombre

Apellido

¿Usted ya es paciente del médico que ha elegido? Sí No

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage o un plan de medicamentos recetados durante el Período anual de elección (AEP, por sus siglas en inglés), entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año. Además, puede optar por cambiar su plan Medicare Advantage una vez durante el Período de inscripción abierta (OEP, por sus siglas en inglés) anual entre el 1 de enero y el 31 de marzo de cada año, o inmediatamente después de inscribirse en un plan durante su IEP/ICEP (OEP NEW). Se aplican limitaciones a los cambios permitidos en el plan durante el OEP. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse fuera de este período. Lea detenidamente las siguientes declaraciones y marque el óvalo a la izquierda de cualquiera que se aplique en su caso. Al marcar cualquiera de los óvalos a continuación, usted certifica que, a su leal saber y entender, el texto es verdadero para usted. **Si en el futuro determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se le desafilie.**

Código SEP	Declaraciones del Período de elección especial (SEP, por sus siglas en inglés)
<input type="radio"/> LEC	Voy a perder/dejar la cobertura de un patrono o sindicato o perdí este tipo de cobertura en los últimos dos meses.
<input type="radio"/> MDE	Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos recetados de Medicare, pero NO HE TENIDO ningún cambio. Tenga en cuenta: Este SEP solo es válido una vez por trimestre calendario del 1 de enero al 30 de septiembre.
<input type="radio"/> NLS	Hubo un cambio en mi Ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos recetados de Medicare (hace poco empecé a recibir asistencia, hubo un cambio en el nivel o perdí la elegibilidad) en los últimos tres meses.
<input type="radio"/> MCD	Hubo un cambio en mi estatus de Medicaid (hace poco empecé a recibir asistencia, hubo un cambio en el nivel o perdí la elegibilidad) en los últimos tres meses.
<input type="radio"/> MOV	Me mudaré o me he mudado en los últimos dos meses. La mudanza es fuera del área de servicio de mi plan actual o este plan es una opción nueva para mí.
<input type="radio"/> SNP	Se me ha notificado que ya no soy elegible para mi Plan de necesidades especiales con doble elegibilidad y estoy en un período considerado de elegibilidad continuada o me desafilieron de mi Plan de necesidades especiales con doble elegibilidad en los últimos tres meses debido a un cambio o pérdida de Medicaid.
<input type="radio"/> DST	Fui afectado por una emergencia/desastre declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés) o un desastre u otra declaración de emergencia emitido por una entidad gubernamental federal, estatal o local, y no pude utilizar otro período de elección disponible debido a ello.
<input type="radio"/> NON	Mi plan Medicare Advantage (MA) actual no se renovará para el próximo año de contrato. Tenga en cuenta: Este SEP solo es válido del 8 de diciembre al último día del mes de febrero.
<input type="radio"/> OTH	Ninguna de las declaraciones anteriores se aplica en mi caso. No obstante, considero que mis circunstancias especiales permiten realizar una excepción para mi inscripción. Humana se comunicará con usted para determinar si se puede otorgar una excepción. Debe incluir el motivo a continuación.

Notas (en caso de OTH):

Algunos individuos pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluidos seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados del gobierno federal, beneficios de la Administración de Veteranos o programas estatales de asistencia de farmacia.

1. ¿Contará con alguna otra cobertura para medicamentos recetados además de este plan en el que solicita inscribirse? Sí No

En caso afirmativo, complete lo siguiente:

NOMBRE DE LA OTRA COBERTURA NÚMERO GRUPAL PARA ESTA COBERTURA
NÚMERO DE ID PARA ESTA COBERTURA TELÉFONO

2. Una vez inscrito, ¿trabjarán usted o su esposo(a)? Sí No

3. Una vez inscrito, ¿tendrá otra cobertura de salud en la que usted sea el suscriptor o tenga cobertura como esposo(a)/dependiente? Sí No

En caso afirmativo, complete lo siguiente:

NOMBRE DE LA ASEGURADORA NÚMERO GRUPAL PARA ESTA COBERTURA
NÚMERO DE ID PARA ESTA COBERTURA

¿Su otra cobertura incluye cobertura para medicamentos recetados? Sí No

Idioma de preferencia
Inglés Español Chino Coreano Otro

Si se necesita un formato accesible, seleccione una opción

Audio Letras grandes PDF para lector de pantalla de fácil acceso
Oral por teléfono Sistema Braille

Comuníquese con un agente de ventas certificado de Humana al 1-800-833-2367 (TTY: 711) si necesita información en otro formato o idioma.

Declaración de la Ley de Privacidad:

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar el cuidado médico y pagar los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguro Social y las Secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Sistema n.º 09-70-0588, "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", del Aviso del sistema de registros (SORN, por sus siglas en inglés). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.

He leído y entiendo la información importante de las páginas anteriores. He recibido y revisado una copia del Resumen de beneficios.

FIRMA DEL SOLICITANTE* o representante legal autorizado (incluidos poder notarial válido, tutor legal, etc.)

	FECHA DE LA FIRMA*
	M M / D D / 2 0 A A

Entiendo que mi firma (o la firma del representante autorizado para actuar en nombre del individuo de conformidad con las leyes del estado donde reside dicho individuo) en este formulario de inscripción implica que he leído y comprendido el contenido de este formulario de inscripción. Si un individuo autorizado (como se describe arriba) firma esta solicitud, la firma certifica que: 1) está autorizado por las leyes estatales para llenar este formulario de inscripción y 2) la documentación relacionada con esta autorización está disponible previa solicitud de Medicare.

Si usted es el representante legal autorizado, **DEBE** firmar arriba y proporcionar la siguiente información:*

APELLIDO	NOMBRE	ISN
DIRECCIÓN		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO () -	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	

SOLO PARA USO DEL AGENTE

TIPO DE CITA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ALCANCE DE LA CITA	
NOMBRE DEL AGENTE DE SUSCRIPCIÓN*		
NÚMERO DEL AGENTE (SAN)*	FECHA*	
	M M / D D / 2 0 A A	
SOCIO AFFINITY	LUGAR	CAMPAÑA
NOMBRE DEL AGENTE REMITENTE		
NÚMERO DEL AGENTE (SAN)		

PREGUNTE AL SOLICITANTE: ¿Desea proporcionar su condición de veterano?*

Lo soy
 Esposo(a)
 Dependiente
 No soy veterano
 Prefiere no responder

ORIGEN DEL CLIENTE POTENCIAL*

Libro de negocios
 Evento
 Mercadeo/publicidad
 Tercero
 Humana

Coloque este número de código de barras en el Formulario de alcance de la cita (SOA, por sus siglas en inglés).



SAMPLE

Humana[®]

espanol.humana.com