CarePlus HEALTH PLANS

Solicitud de Afiliación para el 2021

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 de solicitud, asegurándose de no saltearse los campos requeridos (en rojo). Debe escribir la información tal y como aparece en su tarjeta de Medicare.

Cada persona que presente una solicitud debe llenar un formulario por separado.

Firme y feche la Solicitud de Afiliación

Este formulario de solicitud 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.

Por favor no envíe Solicitudes de Afiliación duplicadas 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 enviar **por fax** esta Solicitud de Afiliación a:

1-855-819-8679

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

CarePlus HEALTH PLANS

PORTADA DE FAX

FECHA: _____

PARA: **Departamento de Afiliación de CarePlus**

NÚM. DE FAX: **1-855-819-8679**

CANTIDAD DE PÁGINAS (Incluida la portada del Fax)**:** _____

DE (Nombre y apellido del agente): _____

ID. DEL AGENTE (SAN): _____

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 FACSÍMIL 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 FACSÍMIL NI EL EMPLEADO O EL AGENTE RESPONSABLE DE ENTREGARLO AL DESTINATARIO PREVISTO, QUEDA INFORMADO DE QUE DIVULGAR O HACER COPIAS DEL PRESENTE FACSÍMIL ESTÁ ESTRICTAMENTE PROHIBIDO. SI RECIBIÓ ESTE FACSÍMIL POR ERROR, COMUNÍQUESE CON NOSOTROS PARA HACÉRNOSLO SABER Y DEVUELVA EL FACSÍMIL 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, género, identidad de género, ascendencia, estado civil 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 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.
ગુજરાતી (Gujarati): નઃિશૂલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ પ્રરાપ્ત કરવા માટે ઉપરોક્ત નંબર પર કૉલ કરો.
ภาษาไทย (Thai): โทรติดต่อที่หมายเลขด้านบนนี้เพื่อรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย.
Diné Bizaad (Navajo): Wódahí béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'į' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'dęę niká'adoowoł.
العربية (Arabic): الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك

Todos los campos en rojo son obligatorios

Fecha Propuesta de Entrada en Vigencia (coloque el mes): ____ **/ 01 / 2021**

Por favor comuníquese 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:

- ☐ CareOne (HMO)
- ☐ CareOne PLUS (HMO)
- ☐ CareOne PLUS (HMO-POS)
- ☐ CareFree (HMO)
- ☐ CareFree PLUS (HMO)
- ☐ CareExtra (HMO)
- ☐ CareOne PLATINUM (HMO)
- ☐ CareOne PLATINUM (HMO-POS)
- ☐ CareComplete (HMO C-SNP)
- ☐ 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.

ID. del afiliado: _____
(Para afiliados de CarePlus actuales o anteriores)

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 Alterno: _____ ☐ 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.° 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 esta prima (junto con cualquier multa por afiliación tardía que tenga actualmente o pueda deber) 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 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 estarán sujetos a 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, comuníquese 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.

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 que CarePlus inicie transacciones de débito/crédito en mi cuenta corriente/de ahorros para el pago de la prima. ☐ Corriente ☐ Ahorros

Nombre del Titular de la Cuenta: _____

Nombre del Banco Depositario: _____

NÚMERO DE RUTA BANCARIA ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

NÚMERO DE CUENTA BANCARIA ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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: _____
   Numero de grupo: _____ Numero 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.° de identificación de esta cobertura: _____ N.° de grupo de esta cobertura: _____

3. ¿Es usted residente en un centro de cuidado a largo plazo como un hogar de convalecientes? (Si usted es residente de un centro de vivienda asistida, responda "No" a esta pregunta.) ☐ 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 da afiliarse a los planes CareNeeds y CareNeeds PLUS

5. Si usted se está inscribiendo en CareComplete (HMO C-SNP), ¿le diagnosticaron diabetes, enfermedades cardiovasculares o insuficiencia cardíaca crónica y actualmente está recibiendo el tratamiento correspondiente?
   ☐Sí ☐ No

6. ¿Usted o su cónyuge trabaja?
   ☐Sí ☐ No

7. Marque una de las casillas a continuación para seleccionar su preferencia de idioma:
   ☐Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

8. 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 desafiliado.

	Código	Declaraciones del Período de Afiliación
⬭	NEW	Acabo de reunir los requisitos para la Parte A y/o la Parte B de Medicare (ICEP/IEP).
⬭	LEC	Voy a dejar la cobertura del empleador o sindicato el (incluir fecha) _____.
⬭	AEP	Me estoy afiliando durante el Período Anual de Afiliación.
⬭	CIE	Medicare (o mi estado) me inscribieron en un plan en los últimos 3 meses y deseo elegir un plan diferente.
⬭	DST	Fui afectado por de una emergencia o un desastre declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés), o por un desastre u otra declaración de emergencia emitida por una entidad del gobierno federal, estatal o local, y por este motivo no pude utilizar otro periodo de elección disponible.
⬭	EXC	Ocurrió un cambio en el pago de mi 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) durante los últimos 3 meses.
⬭	EXT	Recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no ha ocurrido un cambio. **Tenga en cuenta: este Periodo Especial de Elección (SEP, por sus siglas en inglés) solo es válido una vez por trimestre calendario desde el 1 de enero hasta el 30 de septiembre.**
⬭	INC	Fui excarcelado en los últimos 3 meses.
⬭	LAW	Se me otorgó el estado de presencia legal en Estados Unidos durante los últimos 3 meses.
⬭	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) _____.
⬭	LTC	Voy a ingresar, vivo en, o acabo de salir de un centro de cuidado a largo plazo (como, por ejemplo, un hogar de convalecientes). La fecha de ingreso/de estancia/de salida del centro es (incluir fecha) _____.

Continua en la página siguiente

	Código	Declaraciones del Período de Afiliación
⬭	MCC	Ocurrió un cambio en mi Medicaid (adquirí Medicaid recientemente, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) durante los últimos 3 meses.
⬭	MCD	Tengo tanto Medicare como Medicaid (o recibo ayuda del estado para pagar las primas de Medicare), pero no ha ocurrido un cambio. **Tenga en cuenta: este SEP solo es válido una vez por trimestre calendario desde el 1 de enero hasta el 30 de septiembre.**
⬭	MOV	Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual **O** me mudé recientemente y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (incluir fecha) _____.
⬭	NON	Mi plan Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés) actual no será renovado para el próximo año de contrato. **Tenga en cuenta: Este SEP solo es válido desde el 8 de diciembre hasta el último día del mes de febrero del próximo año.**
⬭	OEP	Soy afiliado de un plan de Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de Afiliación Abierta de Medicare Advantage.
⬭	PAC	Salí de un Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés) durante los últimos 2 meses.
⬭	RUS	Regresé a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de los Estados Unidos durante los últimos 3 meses.
⬭	SNP	Seré desafiliado de un Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) debido a que perdí el estatus de necesidades especiales **O** me desafiliaron de un SNP durante los últimos 3 meses.
⬭	SPA	Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
⬭	TER	Mi plan va a terminar su contrato con Medicare, o Medicare va a terminar su contrato con mi plan.
⬭	OTH	Ninguna de las declaraciones anteriores me corresponde. 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. Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envíe. Si tiene preguntas, visite el sitio web 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.

Por favor lea y firme en la siguiente página:

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

CarePlus 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 ofrece atención en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio de CarePlus, 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, 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 de Evidencia de Cobertura de CarePlus cuando lo reciba para conocer cuáles son los reglamentos que debo seguir para recibir cobertura de este plan Medicare Advantage. Comprendo 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.

Comprendo que a partir de la fecha en la que comienza la cobertura de CarePlus, debo recibir toda la atención de salud a través de CarePlus, excepto cuando se trata de servicios de emergencia o que se necesitan de urgencia, o para servicios de diálisis fuera del área. Estarán cubiertos los servicios autorizados por CarePlus y otros servicios incluidos en el documento Evidencia de Cobertura de CarePlus (también conocido como contrato del afiliado o acuerdo de afiliación). Sin autorización, **NI MEDICARE NI CAREPLUS PAGARÁN POR LOS SERVICIOS**.

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

Divulgación de Información: Al afiliarme a este plan de salud de Medicare, reconozco que CarePlus 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 dará a conocer 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 cumplan todas las leyes y los 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 desafiliado del plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre bajo las leyes del Estado donde resido) en esta solicitud de afiliación significa que he leído y que comprendo el contenido de esta solicitud de afiliación. Si una persona autorizada (como se describe anteriormente) firma este documento, esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada según la ley del Estado para completar esta solicitud de afiliación y 2) la documentación de esta autorización está disponible a solicitud de Medicare.

He leído y comprendo la información importante en las páginas anteriores. He recibído y revisado 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 esta autoridad para poder tomar decisiones sobre los servicios de atención médica o hacer preguntas relacionadas al afiliado. ****

Para ser llenado por un Agente de Ventas Autorizado de CarePlus:

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 (SAN): _____ **Fecha:** _____

Nombre del Agente de Referencia: _____ Número de Id. del Agente de Referencia: _____

PREGUNTAR AL SOLICITANTE: ¿Desea proporcionar información sobre su estatus de veterano?
☐ Propio ☐ Cónyuge ☐ Dependiente ☐ No soy veterano ☐ Prefiero no contestar

Fuente:
☐ Libro de cuentas ☐ Evento ☐ Mercadeo/Publicidad ☐ Tercero ☐ CarePlus

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)

CarePlus
HEALTH PLANS