

Formulario de solicitud de inscripción individual



1 Para inscribirse en VillageHealth, brinde la siguiente información:

Marque el plan en el que desea inscribirse:

- 001 **VillageHealth** (HMO-POS SNP) Condados de Riverside y San Bernardino \$34.80 por mes
- 002 **VillageHealth** (HMO-POS SNP) Condados de Los Angeles y Orange \$34.80 por mes

Apellido:

Nombre: Inicial 2.^o Sr. Sra. Srta.

Fecha de nacimiento: / / Sexo: Masculino Femenino
M M D D A A A A

Número de teléfono particular: () -

Teléfono Principal: () - Celular

Teléfono Secundario: () - Celular

Correo electrónico:

Elija cómo desea recibir la información del plan:

- Marque aquí para obtener su Explicación de beneficios (EOB) de la Parte C y su Notificación anual de cambios (ANOC) en línea, en vez de por correo postal de EE. UU. Recibirá un correo electrónico cada vez que esté disponible uno de estos documentos. Puede regresar al correo postal de EE. UU. en cualquier momento.

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

Ciudad: Estado: Código postal:

Dirección postal (solo si es diferente de su dirección de residencia permanente):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

Contacto de emergencia (opcional):

Número de teléfono: () -

Relación con usted:

Marque una de las casillas que se encuentran a continuación si prefiere que le enviemos la información del plan en un idioma que no sea inglés:

Idioma: Español

Comuníquese con VillageHealth al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita recibir información en otro formato (en audio o letra grande) o en un idioma que no sea el que se indicó anteriormente. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los mensajes recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario de atención se responderán dentro de un día hábil.



2

Brinde la información del seguro de Medicare

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

- Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.

—0—

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de la carta del Seguro Social o de la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB).

Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare):

Número de Medicare:

Tiene derecho a:

Fecha de vigencia:

COBERTURA HOSPITALARIA (Parte A):

				/					/				
--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--

COBERTURA MÉDICA (Parte B):

				/					/				
--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

3

Cómo pagar la prima del plan

Puede pagar la prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o que pueda deber) por correo, con transferencia electrónica de fondos (EFT) o tarjeta de crédito/débito todos los meses. También puede elegir pagar su prima a través de una deducción automática mensual del cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB). Si se le asigna un monto de ajuste mensual acorde a sus ingresos (IRMAA) de la Parte D, recibirá una notificación de la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. Se le descontará el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o se le facturará directamente por Medicare o la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB). NO le pague a VillageHealth el IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si es elegible, Medicare puede pagar el 75 % o más de los costos de los medicamentos, incluidas las primas mensuales, los deducibles anuales y los coseguros de los medicamentos con receta. Además, las personas que califiquen no tendrán una interrupción en la cobertura o una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y no lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY llamen al 1-800-325-0778. También puede pedir ayuda adicional por Internet en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si califica para recibir ayuda adicional para los costos de la cobertura de Medicare para medicamentos con receta, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima del plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubre.

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

Elija una opción de pago de la prima:

Recibir una factura.

Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta de banco todos los meses. Incluya un cheque NULO o proporcione lo siguiente:

Nombre del titular de la cuenta: _____

Número de enrutamiento del banco: _____

Número de cuenta del banco: _____

Tipo de cuenta: Corriente De ahorros

Tarjeta de crédito/débito. Brinde la siguiente información: Tipo de tarjeta: VISA M/C AMEX Discover

Nombre del titular de la cuenta tal como aparece en la tarjeta: _____

Número de cuenta: _____

Fecha de vencimiento: _____ / _____ (MM/AAAA) Código de seguridad: _____

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: Seguro social RRB

(La deducción del Seguro Social/de la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB) puede demorar dos o más meses en empezar desde que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB) acepta su pedido de una deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta la fecha en que se inician las retenciones. Si el Seguro Social o la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB) no aprueban su pedido de una deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales).



Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que le pueden permitir inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea cuidadosamente las siguientes frases y marque la casilla si se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted está certificando que, a su leal saber y entender, es elegible para un Período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, su inscripción puede ser cancelada.

- Soy nuevo en Medicare.
- Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o hace poco me mudé y este plan es una nueva opción para mí.
Me mudé el: / /
- Hace poco fui liberado de prisión. Fui liberado el: / /
- Hace poco volví a Estados Unidos después de vivir en forma permanente fuera de Estados Unidos.
Volví a Estados Unidos el: / /
- Hace poco obtuve un estado de presencia legal en Estados Unidos. Obtuve el estado el: / /
- Tengo Medicare y Medicaid o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare.
- Tengo ayuda adicional para pagar la cobertura de Medicare para medicamentos con receta.
- Ya no califico para recibir ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta de Medicare.
He dejado de recibir ayuda adicional el: / /
- Me estoy mudando a un centro de atención médica a largo plazo (por ejemplo, un centro de convalecencia o centro de atención médica a largo plazo), vivo en este centro o hace poco me fui de este centro. Me mudé/
me mudaré/me fui del centro el: / /
- Hace poco abandoné un programa PACE, el: / /
- Hace poco e involuntariamente, perdí mi cobertura para medicamentos con receta acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare).
Perdí mi cobertura para medicamentos el: / /
- Abandonaré mi cobertura del empleador o sindicato el: / /
- Soy parte de un programa de asistencia farmacológica brindado por mi estado.
- Mi plan finaliza su contrato con Medicare, o Medicare finaliza su contrato con mi plan.
- Estuve inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP) pero perdí las calificaciones de necesidades especiales que se necesitan para ese plan. Mi inscripción en el SNP fue cancelada el: / /

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso, o si no está seguro, llame a VillageHealth al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para verificar si es elegible para inscribirse. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los mensajes recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario de atención se responderán dentro de un día hábil.

SOLO PARA USO INTERNO

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL PERSONAL/AGENTE/CORREDOR (si lo asistió en la inscripción):					CÓDIGO DE REP.: <input type="text"/>				
FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (MM/DD/AAAA)			ICEP/ IEP:	PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ANUAL (AEP) <input type="text"/>	SEP (TIPO): <input type="text"/>	NO ELEGIBLE	FECHA DE RECEP.: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
MARQUE LA(S) CASILLA(S) ANTERIORES QUE CORRESPONDA(N)									
Idioma hablado preferido de la persona inscrita (si no es inglés):							<input type="checkbox"/> N.º EE DUP CONF		
Información complementaria del PCP y grupo médico					Número de ident. del médico: <input type="text"/>				
Nombre del grupo médico: <input type="text"/>					Número de ident. del grupo: <input type="text"/>				
¿Es este el médico actual del miembro potencial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					Número de ident. del plan: <input type="text"/>				

