VillageHealth
A product of SCAN Health Plan®
3800 Kilroy Airport Way, Suite 100
Long Beach, CA 90806

Formulario de solicitud de inscripción individual

Si necesita información en otro idioma o formato (braille), comuníquese con **VillageHealth**.

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 $35.50 por mes

☐ 002 **VillageHealth** (HMO-POS SNP) Condados de Los Angeles y Orange $35.50 por mes

Apellido:

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

Fecha de nacimiento: M M / D D / A A A A Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

Número de teléfono particular: ( ) -

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:

¿Desearía recibir materiales de VillageHealth por correo electrónico? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, le enviaremos un correo electrónico a la dirección que escriba a continuación con un enlace para recibir los materiales sobre beneficios por Internet.

Correo electrónico *(opcional)*:

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 de jubilación para ferroviarios.

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 de jubilación para 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 de jubilación para ferroviarios (RRB). NO le pague a VillageHealth la 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 un período sin 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 deben llamar 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 para medicamentos con receta de Medicare, 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 de jubilación para ferroviarios (RRB).**

Recibo beneficios mensuales de: ☐ Seguro social ☐ RRB

(La deducción del Seguro Social/de la Junta de jubilación para 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 de jubilación para 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 de jubilación para ferroviarios (RRB) no aprueba su pedido de una deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales).

Y0057_SCAN_10430_2017_SP CMS Approved 08092017

4 Lea y responda estas preguntas importantes

1. ¿Tiene enfermedad renal terminal (ESRD)? ☐ Sí ☐ No

¿Actualmente recibe diálisis? ☐ Sí ☐ No

Nombre del centro de diálisis: _____

Ciudad: _____

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura para medicamentos, incluido otro seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios médicos para empleados, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica. ¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta además de VillageHealth? ☐ Sí ☐ No

Si responde "Sí", mencione su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación de esa cobertura:

Nombre de la otra cobertura: _____

N.° de ident. de esa cobertura: _____ N.° de grupo de esa cobertura: _____

3. ¿Reside en un centro de atención médica a largo plazo, como un centro de convalecencia? ☐ Sí ☐ No
Si responde "Sí", brinde con la siguiente información:

Nombre de la institución:

_____

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

4. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? ☐ Sí ☐ No

Si responde "Sí", brinde su número de Medicaid: _____

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan? ☐ Sí ☐ No

Elija el nombre de un nefrólogo:

Marque una de las casillas debajo si preferiría que le enviemos información en un idioma que no sea español o en otro formato:

Idioma: ☐ Español ☐ Chino

Formato: ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ Formato electrónico (correo electrónico) ☐ Otro formato

Llame a VillageHealth al 1-800-399-7226 si necesita información en otro formato o idioma distinto del indicado anteriormente. Atendemos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Y0057_SCAN_10430_2017_SP CMS Approved 08092017

5 Lea esta **información importante**

PARE

Si actualmente usted tiene una cobertura de salud de un empleador o sindicato, inscribirse en VillageHealth podría afectar sus beneficios de salud de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en VillageHealth. Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite el sitio web o póngase en contacto con la oficina que aparece en las comunicaciones. Si no hay información de contacto, el administrador de sus beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarlo.

6 Lea y firme debajo

Al completar este formulario de inscripción, acepto lo siguiente:

VillageHealth es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Deberé conservar las Partes A y B de Medicare. Puedo tener solo un plan Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan automáticamente cancelará mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga o pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan es normalmente para todo el año. Una vez inscrito, puedo abandonar el plan o realizar cambios solo en ciertos momentos del año, cuando hay un período de inscripción disponible (por ejemplo: desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre todos los años), o según ciertas situaciones especiales.

VillageHealth brinda servicios en un área de servicio específica. Si me mudo del área en la que VillageHealth brinda servicios, debo informarle al plan para poder darme de baja y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de VillageHealth, tengo derecho a apelar decisiones del plan sobre pagos o servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré la Evidencia de cobertura de VillageHealth cuando la reciba para conocer qué normas debo cumplir para obtener cobertura de este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas que tienen Medicare suelen no estar cubiertas por Medicare cuando se encuentran fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.

Entiendo que, desde la fecha en que comienza la cobertura de VillageHealth, debo recibir toda la atención médica de VillageHealth. Como miembro de VillageHealth (HMO-POS SNP), los gastos compartidos de los servicios pueden variar si los servicios se reciben dentro o fuera de la red de VillageHealth. Estarán cubiertos los servicios autorizados por VillageHealth y otros servicios incluidos en el documento de Evidencia de cobertura de VillageHealth (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Algunos servicios necesitan autorización, y es posible que no se paguen si no están autorizados.

Entiendo que, si recibo asistencia de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por VillageHealth, este puede recibir un pago por mi inscripción en VillageHealth.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, acepto que VillageHealth divulgará mi información a Medicare y otros planes si es necesario para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. También acepto que VillageHealth divulgará mi información, incluidos los datos de eventos relacionados con mis medicamentos con receta, a Medicare, quien puede divulgarla con fines de investigación y otros propósitos de conformidad con todas las leyes y regulaciones federales vigentes. A mi leal saber y entender, la información de este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que, si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se dará de baja mi inscripción en el plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre de conformidad con la ley del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y entiendo su contenido. Si el documento es firmado por una persona autorizada (tal como se describe más arriba), esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada de conformidad con la ley del estado a completar esta inscripción y que 2) la documentación de esta facultad está disponible a pedido en Medicare.

Firma: _____ **Fecha de hoy:** __ __ - __ __ - __ __ __ __

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

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono particular: ( ) -

Relación con la persona inscrita:

Y0057_SCAN_10430_2017_SP CMS Approved 08092017

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 para medicamentos con receta de Medicare.
- ☐ 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 frases 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 de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.

SOLO PARA USO INTERNO					
NOMBRE DEL MIEMBRO DEL PERSONAL/AGENTE/CORREDOR (si lo asistió en la inscripción):					CÓDIGO DEL REP.:
FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA: __ / __ / ____	ICEP/ IEP:	AEP:	SEP (TIPO):	NO ELEGIBLE	FECHA DE RECEP.: __ / __ / ____
(MM/DD/AAAA)	MARQUE LA(S) CASILLA(S) ANTERIORES QUE CORRESPONDA(N)				☐ N.° EE DUP CONF
Información complementaria del PCP y grupo médico					Número de ident. del médico:
Nombre del grupo médico:					Número de ident. del grupo:
¿Es este el médico actual del miembro potencial? ☐ Sí ☐ No					Número de ident. del plan:

Y0057_SCAN_10430_2017_SP CMS Approved 08092017