

Formulario de solicitud de inscripción individual



1 Para inscribirse en VillageHealth, brinde la siguiente información:

Marque en qué plan desea inscribirse:

- 001 **VillageHealth** (HMO-POS SNP) Condados de Riverside y San Bernardino \$32.00 por mes
- 002 **VillageHealth** (HMO-POS SNP) Condados de Los Angeles y Orange \$32.00 por mes

Apellido: _____

Nombre: _____ Inicial del 2.º nombre _____ Sr. Sra. Srta.

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

Número de teléfono de su hogar: (_____) _____ - _____

Dirección de 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 (TTY: 711) si necesita información en un formato accesible (en audio o letra grande) o idioma diferente de los que se mencionan anteriormente. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los mensajes recibidos los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil.



2

Brinde la información del seguro de Medicare

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

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

O bien,

- 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 (como aparece en su tarjeta de Medicare):

Número de Medicare:

Tiene derecho a:

Fecha de vigencia:

COBERTURA HOSPITALARIA (Parte A): / /

COBERTURA MÉDICA (Parte B): / /

Debe tener las Partes A y 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 optar por pagar su prima con una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro social o de la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB) todos los meses. 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. Será responsable de pagar este monto adicional además de la prima de su plan. El monto se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro social o Medicare o la RRB le facturará directamente. NO le pague a VillageHealth el IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos bajos pueden ser elegibles para recibir Ayuda adicional para el pago de 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 reúnan los requisitos no quedarán sujetas a la interrupción en la cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera 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 solicitar la Ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si reúne los requisitos para la Ayuda adicional con sus costos de 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 selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Seleccione una opción de pago de la prima:

Recibir una factura.

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

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 mensual de beneficios del Seguro social o la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: Seguro social RRB

(La deducción del Seguro social/la RRB puede tardar hasta dos o más meses en comenzar después de que el Seguro social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro social o la RRB aceptan su solicitud para la deducción automática, la primera deducción del cheque de beneficios de su Seguro social o la RRB incluirá todas las primas vencidas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta que comiencen las retenciones. Si el Seguro social o la RRB no aprueban su solicitud para la deducción automática, le enviaremos una factura impresa para que pague sus primas mensuales).



4

Lea y responda estas preguntas importantes

1. ¿Tiene enfermedad renal en fase 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 (ID) de esa cobertura:

Nombre de la otra cobertura: _____

N.º de identificación de esa cobertura: _____ N.º de grupo para esta cobertura: _____

3. ¿Es residente en un centro de atención médica a largo plazo, como un centro de convalecencia? Sí No

Si respondió que "sí", proporcione 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 y un grupo médico:

¿Usted es paciente de este nefrólogo actualmente? Sí No



5

Lea esta información importante



Si actualmente usted tiene una cobertura de salud de un empleador o sindicato, inscribirse en VillageHealth podría afectar los beneficios de salud que obtiene 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 le envían su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite el sitio web o póngase en contacto con la oficina que aparece en las comunicaciones. Si no se indica con quién debe comunicarse, la oficina o el administrador de sus beneficios que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarle.

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 informarles sobre cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga o pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan generalmente es para todo el año. Una vez inscrito, puedo abandonar el plan o realizar cambios solo en ciertos momentos del año, cuando haya 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 fuera 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. Comprendo que las personas que tienen Medicare generalmente no tienen cobertura de Medicare cuando están fuera del país, excepto por la cobertura limitada cerca de la frontera de los 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 la 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, que 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 esta solicitud de inscripción es correcta. Comprendo que, si proporciono información falsa de manera intencional 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 (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 autoridad está disponible a pedido en Medicare.

Firma: _____

Fecha de hoy: - -

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

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono de su hogar: () -

Relación con la persona inscrita:



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.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quisiera cambiarme durante el período abierto de inscripción de Medicare Advantage (MA OEP).
- 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: / /
- Hace poco hubo un cambio en mi cobertura de Medicaid (obtuve Medicaid por primera vez, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de Medicaid) el: / /
- Hace poco hubo un cambio en la Ayuda adicional que recibo para pagar la cobertura de Medicare para medicamentos con receta (obtuve la Ayuda adicional por primera vez, hubo un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el: / /
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o tengo Ayuda adicional para pagar la cobertura de Medicare para medicamentos con receta, pero no hubo ningún cambio.
- 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.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el: / /
- 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: / /
- Resulté afectado por una emergencia climática o un gran desastre (según lo indicado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA]). Una de estas frases se aplicaba a mi caso, pero no me pude inscribir debido al desastre natural.

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).

SOLO PARA USO INTERNO	
NAME OF STAFF MEMBER/AGENT/BROKER (if assisted in enrollment):	NATIONAL PRODUCER NUMBER (NPN):
EFFECTIVE DATE OF COVERAGE: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	REC'D DATE: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Enrollee's preferred spoken language (if other than English):	<input type="checkbox"/> EE DUP CONF#

