



**CENTERS PLAN  
FOR HEALTHY  
LIVING**

Comuníquese con Centers Plan for Healthy Living (CPHL) si necesita información en otro idioma o formato (braille).

<b>Favor seleccione a que plan desae inscribirse:</b>			
<input type="checkbox"/> Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO)	\$0.00 mensuales		
<input type="checkbox"/> Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO SNP)	\$36.60 mensuales		
<input type="checkbox"/> Centers Plan for Nursing Home Care (HMO SNP)	\$36.60 mensuales		
APELLIDO:	NOMBRE:	Inicial del segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Fecha de nacimiento: (____ / ____ / ____) <small>(MM / DD / AAAA)</small>	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono de casa: (      )	Número de teléfono alternativo: (      )
Dirección de residencia permanente (no está permitido el apartado de correos):			
Ciudad:	Condado (opcional):	Estado:	Código postal:
Dirección de envíos (solo si es diferente a su dirección de residencia permanente):			
Ciudad:	Condado (opcional):	Estado:	Código postal:
Nombre del contacto de emergencia (opcional):	Número de teléfono:		Parentesco con el miembro:
Dirección de correo electrónico (opcional):			
<b>Por favor proporcione su información de Medicare</b>			
<p>Saque su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para llenar este segmento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llene esta información como aparece en su tarjeta de Medicare</li> <li style="text-align: center; padding: 5px 0 0 20px;">O</li> <li>• Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de su carta emitida por el Seguro Social o por la Junta de Jubilación para Ferroviarios.</li> </ul>	<p>Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare): _____</p> <p>Número de Medicare: _____</p> <p>Tiene derecho a:                      Fecha de entrada en vigencia:</p> <p>HOSPITAL (Parte A)                      _____</p> <p>MÉDICO (Parte B)                      _____</p> <p>Debe contar con la parte A y la parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.</p>		

## Pago de la prima de su plan

Si determinamos que usted debe una multa por inscripción tardía (o si tiene una multa por inscripción tardía en este momento), necesitamos saber cómo preferiría pagarla. Puede pagar por correo. También puede elegir pagar su prima con deducción automática de su cheque de beneficios del seguro social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB) mensualmente. Si usted tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Será responsable de pagar este monto adicional además de su prima del plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del seguro social o se le facturará directamente a través de Medicare o la RRB. NO pague a los Centers Plan for Healthy Living los montos mensuales de ajuste relacionados con el ingreso (IRMAA) de la parte D.

Puede pagar la prima mensual de su plan todos los meses (incluida cualquier multa por inscripción tardía que se le haya aplicado o pueda aplicarse) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT) o tarjeta de crédito. También puede elegir pagar su prima con deducción automática de su cheque de beneficios del seguro social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios mensualmente.

Si usted tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Será responsable de pagar este monto adicional además de su prima del plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del seguro social o se le facturará directamente a través de Medicare o la RRB. NO pague a los Centers Plan for Healthy Living los montos mensuales de ajuste relacionados con el ingreso (o IRMAA) de la parte D.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir *ayuda adicional* para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califiquen no estarán sujetos a un periodo de transición de cobertura o multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina de Seguro Social local, o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar ayuda adicional en línea a través del sitio web [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si reúne las condiciones para recibir *ayuda adicional* para pagar los costos de su cobertura de medicamentos con prescripción médica de Medicare, Medicare cubrirá la totalidad de la prima de su plan, o parte de ella. Si Medicare paga únicamente una porción de esta prima, le facturaremos el monto no cubierto por Medicare.

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

### Por favor, seleccione una opción de pago de prima:

- Recibir una factura.
- Deducción automática mensual de su cheque de beneficios del seguro social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB).  
Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social    o     Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB).

(La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar dos meses o más para comenzar a partir de que el Seguro Social o RRB la aprueben. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su beneficio de Seguro Social o RRB incluirá todas las primas vencidas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el punto en que comienza la retención. Si el Seguro Social o RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa de sus primas mensuales).

**Por favor, lea y responda estas preguntas importantes:**

1. ¿Padece usted de insuficiencia renal terminal (ESRD)?  Sí  No

Si usted tuvo un trasplante de riñón exitoso o ya no necesita diálisis periódicamente, **adjunte una nota o la historia clínica** de su médico, donde se constate que tuvo un trasplante de riñón exitoso o que no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que debamos comunicarnos con usted para obtener más información.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, como otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios médicos para empleados federales, beneficios de la Administración de Veteranos (VA) o programas estatales de ayuda farmacéutica.

¿Optaría por tener otra cobertura de medicamentos recetados además del Centers Plan for Healthy Living?  
 Sí  No

En caso afirmativo, por favor enumere las otras coberturas, y los números de identificación (ID) de estas:

Nombre de otra cobertura: \_\_\_\_\_ Número de ID para esta cobertura: \_\_\_\_\_ Número de grupo para esta cobertura: \_\_\_\_\_

3. ¿Reside usted en un centro de cuidado prolongado, como un asilo de ancianos?  Sí  No

En caso afirmativo, suministre la siguiente información:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Tel.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

4. ¿Está inscrito en su programa de Medicaid estatal?  Sí  No

En caso afirmativo, suministre su número de Medicaid: \_\_\_\_\_

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan?  Sí  No

6. ¿Reside en un centro de cuidado prolongado?  Sí  No

**Por favor, seleccione el nombre de un Médico de cuidados primarios (PCP), clínica o centro de salud (opcional):**

Nombre del PCP: \_\_\_\_\_ Dirección del PCP: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Tel.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Nuevo médico para usted**  Sí  No

**Por favor, marque en las casillas que se encuentran a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma diferente al inglés o en otro formato accesible:**

Español  Chino  Braille  Letra grande  Otro: \_\_\_\_\_

Comuníquese con Centers Plan for Healthy Living a través del número 1-(877)-940-9330 si necesita información en otro formato *accesible* o idioma *distinto* a los mencionados anteriormente. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-(800)-421-1220.



**Por favor, lea esta información importante**



**Si actualmente cuenta con cobertura de salud de un empleador o sindicato, inscribirse en Centers Plan for Healthy Living podría afectar los beneficios de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de su empleador o sindicato si se inscribe en Centers Plan for Healthy Living.** Lea los comunicados que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web, o comuníquese con la oficina que aparece en sus comunicados. Si no hay información o a quién contactar, su administrador de beneficios o la oficina que responde las dudas sobre su cobertura puede ayudar.

**Por favor, lea y firme a continuación**

**Al llenar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:**

Centers Plan for Healthy Living es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Tendré que mantener mi Parte A y Parte B de Medicare. Solo puedo contar con un plan de Medicare Advantage a la vez, y comprendo que mi inscripción en este plan automáticamente finalizará mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta médica que tenga o pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan, por lo general, es por todo el año. Una vez inscrito, puedo retirarme de este plan o hacer cambios en ciertos momentos del año cuando está disponible un periodo de inscripción (ejemplo: 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o en ciertas circunstancias especiales.

Centers Plan for Healthy Living tiene un área de servicio específica. Si me mudo del área de servicio de Centers Plan for Healthy Living, tendré que informarlo al plan para poder cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Como miembro de Centers Plan for Healthy Living, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios si estoy en desacuerdo. Leeré la Evidencia de cobertura de Centers Plan for Healthy Living cuando la obtenga para saber qué normas debo seguir a fin de tener cobertura con este plan de Medicare Advantage. Comprendo que las personas con Medicare usualmente no tienen cobertura de Medicare fuera del país, a excepción de una cobertura limitada cerca de la frontera de Estados Unidos.

Comprendo que, a partir de la fecha de inicio de la cobertura de Centers Plan for Healthy Living, debo recibir toda la atención médica por parte de Centers Plan for Healthy Living, a excepción de servicios de emergencia o urgencia, o servicios de diálisis fuera del área. Estarán cubiertos los servicios autorizados por Centers Plan for Healthy Living y otros servicios que se encuentran en mi documento de Evidencia de cobertura de Centers Plan for Healthy Living (también llamado contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI Centers Plan for Healthy Living PAGARÁ POR LOS SERVICIOS.**

Comprendo que si estoy recibiendo asistencia de un agente de ventas, corredor, u otro individuo empleado o contratado por Centers Plan for Healthy Living, él o ella pueden recibir honorarios con base en mi inscripción en Centers Plan for Healthy Living.

**Divulgación de información:** Al inscribirse en este plan de salud de Medicare, acepto que Centers Plan for Healthy Living divulgará mi información a Medicare y a otros planes mientras sea necesario para el tratamiento, el pago y los procedimientos de atención médica. También acepto que Centers Plan for Healthy Living divulgará mi información, incluyendo la información de eventos sobre mis medicamentos con receta médica a Medicare, quien puede divulgarla para investigación y otros fines que cumplan con todos los estatutos y las normativas federales. La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que si suministro información falsa intencionalmente en este formulario, mi inscripción en el plan será cancelada.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para representarme según las leyes del estado donde vivo) en este formulario implica que he leído y que entiendo el contenido de este. Si es firmado por un individuo autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada por la ley estatal a llenar esta inscripción y que 2) los documentos que respaldan esta autoridad están disponibles a solicitud de Medicare.

**Firma:**

**Fecha de hoy:**

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

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Parentesco con el miembro: \_\_\_\_\_

**Solo para uso de oficina/agente/corredor:**

Nombre del miembro del personal/agente/corredor (si asistió en la inscripción \_\_\_\_\_)

Número de teléfono del miembro del personal/agente/corredor (si asistió en la inscripción): \_\_\_\_\_

Número de ID del plan: \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_

Periodo Inicial de Selección de Cobertura (ICEP)/Periodo Inicial de Inscripción (IEP): \_\_\_\_\_ Periodo Anual de Selección de Medicare (AEP): \_\_\_\_\_ Periodo Especial de Inscripción (SEP) (escribir): \_\_\_\_\_ No elegible: \_\_\_\_\_