

Por favor, lea y conteste estas importantes preguntas:

1- ¿Padece usted de Fallo Renal en Etapa Terminal? (ESRD) Sí No

Si contesta "sí" a esta pregunta y ya no necesita diálisis regularmente, o si tuvo un trasplante exitoso de riñón, favor de adjuntar una nota o records de su doctor que muestren que ya no recibe diálisis o que tuvo un trasplante exitoso de riñón.

2- Algunas personas pueden tener otras cubiertas de medicamentos, incluyendo planes privados, TRICARE, cubierta de salud para empleados federales, beneficios de Veteranos, o programas de ayuda para medicamentos del Gobierno.

¿Tendrá otras cubiertas para medicamentos con receta además del Plan American Health Medicare? Sí No

Si la contestación es Sí, escriba sus otras cubiertas y sus números de identificación (ID) para estas cubiertas:

Nombre de otra cubierta

ID # de cubierta

Núm. de Grupo de cubierta

3- ¿Reside usted en una institución de cuidado a largo plazo, como un hogar de cuidado? Sí No

Nombre de Institución: _____

Dirección y teléfono de Institución (número y calle) _____

4- ¿Está inscrito en el Programa Medicaid? Sí No

Si lo está, indique su Número de Medicaid: _____

5- ¿Trabajan usted o su cónyuge? Sí No

Por favor, escoja a su Doctor (PCP), o clínica o centro de salud de Cuidado Primario: _____

Marque en el encasillado correspondiente si desea que le enviemos información en otro idioma que no sea Inglés:

Español Otro _____



Por favor, lea esta información importante

Si al momento tiene cubierta de salud provista por su patrono o su unión, el afiliarse a American Health Medicare podría afectar sus beneficios bajo dicha cubierta. Si tiene cubierta de salud provista por su patrono o su unión, el afiliarse a American Health Medicare puede cambiar la forma en que funciona su cubierta actual. Lea las comunicaciones que le envía su patrono o unión. Si tiene dudas, visite su página en Internet o llame a la oficina que le indican en sus documentos. Si no hay información sobre a quién llamar, el administrador de beneficios o la oficina que atiende preguntas sobre su cubierta podrían ayudarle.

Favor de leer y firmar abajo

Al llenar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

American Health Medicare es un Plan Medicare Advantage y necesitaré mantener mis Partes A y B. Puedo estar afiliado en un solo plan Medicare Advantage a la vez. Es mi responsabilidad informarles de cualquier cubierta de medicamentos con receta que tenga al momento presente o en el futuro. La afiliación en este plan es generalmente por el año entero. Puedo darme de baja de este plan solamente en ciertas fechas del año, o bajo condiciones especiales, enviando una solicitud a American Health Medicare o llamando al 1-800-Medicare. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, lunes a viernes, de 8 a.m. – 5 p.m.

American Health Medicare sirve a áreas específicas. Si me mudo del área que American Health Medicare sirve, deberé notificar al plan para poder darme de baja y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez sea miembro de American Health Medicare, tengo derecho a apelar las decisiones del plan respecto a pagos o servicios si estoy en desacuerdo. Leeré el Manual de Miembro de American Health Medicare cuando lo reciba para saber las reglas que debo seguir para recibir cubierta con este plan Medicare Advantage.

Entiendo que a partir de la fecha de efectividad de la cubierta del plan American Health Medicare, deberé obtener todo el cuidado de mi salud de American Health Medicare, con la excepción de servicios de emergencia o atención urgente o servicio de diálisis fuera del área. Los beneficiarios de Medicare generalmente no están cubiertos mientras están fuera del país excepto en Canadá y México. Los servicios autorizados por American Health Medicare y otros servicios contenidos en mi documento de Evidencia de Cubierta de American Health Medicare (también conocido como contrato de miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización, NI MEDICARE NI AMERICAN HEALTH MEDICARE PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.

Relevo de Información: Al unirme a este plan de salud Medicare, reconozco que los planes de salud Medicare facilitarán mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para operaciones de tratamiento, pagos y cuidado de salud. A mi mejor entender, la información contenida en esta solicitud es correcta. Entiendo que si brindo información falsa intencionalmente en esta solicitud, seré dado de baja del plan. Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar a nombre del individuo bajo las leyes del Estado en que reside el individuo) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si es firmado por una persona autorizada (según se describe arriba), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada bajo las leyes estatales a llenar esta solicitud y 2) la documentación de tal autorización estará disponible al así requerirlo American Health Medicare o Medicare.

Su Firma: **X** _____ Fecha de hoy: _____

Si usted es el representante autorizado, deberá proveer la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Parentesco con Solicitante: _____

Para Uso de Oficina Solamente:

Nombre de miembro de personal (si ayudó en la solicitud) _____

ID# de Plan _____ Fecha de efectividad de Cubierta _____

ICEP/IEP _____ OEP _____ AEP _____ SEP(tipo) _____