

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 transplante exitoso de riñón, **favor de adjuntar una nota o récord** de su doctor que muestren que ya no recibe diálisis o que tuvo un transplante exitoso de riñón.
2. ¿Reside usted en una institución de cuidado a largo plazo, como un hogar de cuidado o centro de cuidado de enfermería diestra? Sí____ No____
Si contesta "Sí" por favor provea la siguiente información:
Nombre de Institución _____
Dirección y teléfono de Institución (número y calle) _____
3. ¿Está inscrito en el Programa Medicaid de su estado (Reforma)? Sí____ No____
Si lo está, indique su Número de Medicaid (Reforma): _____
4. ¿Trabajan usted o su cónyuge? Sí____ No____
Por favor, escoja a su Doctor (PCP), 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 español u otro formato:
Inglés Formato Braille Formato en Audio

Favor de contactar American Health Medicare al 1-888-620-1919. Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al 1-866-620-2520 si necesita información en otro formato o lenguaje que no este listado arriba. Nuestro horario de oficina es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Favor de leer y firmar abajo

Al llenar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

American Health Medicare es un Plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el Gobierno Federal. Necesitaré mantener mis partes A y B de Medicare. Puedo estar afiliado en un solo plan Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi afiliación en este plan automáticamente terminará mi afiliación en otro plan de salud de Medicare. Es mi responsabilidad de informarles de cualquier cubierta de medicamentos con receta que tenga al momento presente o en el futuro. La afiliación en este plan es completamente por el año entero. Una vez afiliado solo puedo darme de baja de este plan o hacer cambios en ciertas fechas del año, cuando hay disponibles periodos de afiliación (ejemplo: noviembre 15 –diciembre 31 de cada año) o bajo condiciones especiales.

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 la Evidencia de Cubierta de American Health Medicare cuando la reciba para saber las reglas que debo seguir para recibir cubierta con este plan Medicare Advantage. Entiendo que los beneficiarios de Medicare no están cubiertos mientras estén fuera del país, excepto con una cubierta limitada cerca de la frontera con Estados Unidos.

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 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.**

Entiendo que si estoy siendo asistido por un agente de ventas, broker u otro individuo empleado o contratado por American Health Medicare, el o ella deberá ser compensado por mi afiliación a American Health Medicare.

Servicios de orientación pueden estar disponible en mi Estado para proveer conserjería sobre seguros suplementales de Medicare u otro plan de medicamentos recetados o Medicare Advantage y acerca de asistencia medica a través del programa de Medicaid del estado y el programa de ahorros de Medicare.

Relevo de Información: Al unirme a este plan de salud Medicare, reconozco que American Health Medicare facilitará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para operaciones de tratamiento, pagos y cuidado de salud. También reconozco que American Health Medicare va a proveer mi información a Medicare, quien la puede utilizar para propósitos de estudios o investigación siguiendo todas las regulaciones Federales. 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 en representación mia bajo las leyes del Estado en que resido) 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.

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

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

Nombre: _____ Dirección: _____

Teléfono: () _____ - _____ Parentesco con Solicitante: _____

Para Uso de Oficina Solamente:

Nombre de empleado/ agente/ broker (si fue asistido en la afiliación): _____

ID# de Plan: _____ Fecha Efectiva de Cubierta: _____

ICEP/IEP: _____ OEP: _____ AEP: _____ SEP(tipo): _____ No Elegible: _____