



Para afiliarse a American Health Medicare, favor de proveer la siguiente información. Favor de comunicarse con American Health Medicare si usted necesita información en otro idioma o formato.

Favor indicar a cual plan desea afiliarse

() Platino Plus \$0 mensual



() Sr. () Sra. () Srta.

Apellido:

Nombre:

Inicial:

Fecha de Nacimiento:

Mes: Día: Año:

Sexo:

F M

Teléfono Residencial:

Teléfono Alterno:

Dirección Residencial (No se permite PO BOX)

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Dirección Postal (solamente si es diferente a la dirección residencial)

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

En caso de emergencia llamar a:

Teléfono:

Parentesco:

Favor de proveer su información de Seguro de Medicare

Favor de sacar su tarjeta de Medicare y completar esta sección:


Favor llenar estos blancos para que concuerden con su tarjeta Medicare roja, blanca y azul.

- 0 -

Adjunte una copia de su tarjeta Medicare o de su carta de la Administración del

Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario.

Tiene que tener la Parte A y Parte B de Medicare para acogerse a un plan Medicare Advantage.

MEDICARE			HEALTH INSURANCE	
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)				
NAME OF BENEFICIARY _____				
MEDICARE CLAIM NUMBER _____			SEX _____	
IS ENTITLED TO HOSPITAL MEDICAL			EFFECTIVE DATE _____	
			(PART A) (PART B)	

Pagando la prima de su plan

Si nosotros determinamos que usted nos debe una penalidad por afiliación tardía, nosotros necesitamos saber como prefiere pagarla. Usted puede pagar por correo, Transferencia Electrónica de Fondos (EFT). Usted también puede escoger pagar su prima por deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social todos los meses.

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. 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 al Plan American Health Medicare?
Sí____ No____
Si contesto que "Sí", por favor indique que cubierta y el número de identificación (ID) para esa cubierta:
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 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) _____

4. ¿Está inscrito en el Programa Medicaid de su estado (Reforma)? Sí____ No____
Si lo está, indique su Número de Medicaid (Reforma): _____
5. ¿Trabajan usted o su cónyuge? Sí____ No____
Plan de necesidades especiales: ¿Vive usted en una facilidad de cuidado de largo tiempo? Sí____ No____
Plan de necesidades especiales: ¿Padece usted de diabetes? 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.

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. Usted puede perder su cubierta de salud provista por su patrono o su unión si se afilia a American Health Medicare. 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 con un contrato con el gobierno federal y la Administración Seguros de Salud (ASES) para Medicare Platino. Necesito tener las partes A y B de Medicare y el Seguro del Gobierno de Puerto Rico (Reforma). Puedo estar afiliado en un solo plan Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi afiliación a este plan automáticamente cancela mi afiliación a cualquier otro plan de salud de Medicare o plan de medicamentos recetados. Es mi responsabilidad informarle de cualquier cubierta de medicamentos recetados que tenga o que pueda tener en el futuro. Si tiene doble elegibilidad (los que están en Reforma), puede entrar y salir del plan mensualmente, haciendo una solicitud de American Health Medicare. Para otros planes que no son Platino, una vez me afilio, yo me podré salir del plan o hacer cambios solo en ciertos tiempos del año cuando un periodo de afiliación esta disponible (ejemplo: noviembre 15- diciembre 31 de cada año), o bajo ciertas circunstancias 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.

Al unirme a este plan, yo confirmo que no estoy recibiendo ningún tipo de ayuda financiera de mi actual o pasado empleador o unión (o el de mi conyugue) para comprar servicios médicos o cubierta medica, medicamentos recetados o cubierta de medicamentos recetados o para pagar por el total o parte de mi afiliación en un plan Medicare Advantage o plan de medicinas 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: _____