

Formulario de Inscripción

Siga estas sencillas instrucciones para afiliarse
AMERICAN HEALTH MEDICARE

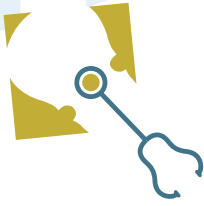
Sección 1- Tenga a la mano su tarjeta de Medicare

Sección 2- Por favor lea esta información importante

Sección 3- Firme y póngale la fecha al formulario de inscripción

Sección 4- Guarde la copia del afiliado para su información

AMERICAN
HEALTH
MEDICARE



Cuidamos lo que más quieres.

American Health Medicare es un Plan Medicare Advantage con Parte A y B. Area de servicio incluye los 78 municipios. disponible para beneficiarios de Medicare con un contrato de Medicare. El plan está



Lunes a viernes,
de 8:00 AM a 7:00 PM

LLAMA HOY MISMO AL
1-(866) 620-2420
1-(866) 620-2520 TTY/TDD

Instrucciones para marcar

- Por favor, escriba claramente en letra de molde. Presione con fuerza.
- Use solamente tinta azul o negra.
- Escriba los números y las letras en mayúsculas en forma legible en los encasillados.
- Escriba sólo una letra por encasillado.
- Si se equivoca, tache los encasillados y escriba la letra o número correcto encima o debajo.
- Al escribir fechas, tales como la fecha de vigencia o de nacimiento, asegúrese de que aparezcan con el formato Mes/Día/Año. No es necesario poner guiones ni dejar espacios en blanco.

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 récord 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 al Plan American Health Medicare? Sí No.

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

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 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.

Información para determinar período de afiliación

Típicamente, usted se afiliará al plan durante el período anual de afiliación entre el 15 de noviembre y el 31 de diciembre de cada año. En adición, usted puede unirse a un plan Advantage de Medicare entre el período abierto de afiliación entre el 1ro de enero y el 31 de marzo de cada año, mientras no cambie su cubierta de medicamentos. Hay excepciones donde puede afiliarse en un plan Advantage de Medicare fuera de estos períodos.

Favor de leer la siguiente información y marcar la opción. Nosotros nos comunicaremos con usted de necesitar mas información.

- Soy nuevo en Medicare.
- Me mudé recientemente fuera del área de servicio de mi plan.
- Tengo Medicaid y Medicare o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare.
- Recibo ayuda adicional para pagar la cubierta de medicamentos de Medicare.
- Vivo en una Facilidad de Cuidado de Larga Duración (por ejemplo, una égida o "nursing home").
- Recientemente me mudé de una Facilidad de Cuidado de Larga Duración (por ejemplo, una égida o "nursing home").
- Recientemente dejé el programa "PACE".
- Recientemente e involuntariamente perdí mi cubierta de medicamento (como la de Medicare).
- Perdí mi cubierta a través de mi patrono o unión o estoy dejando mi cubierta a través de mi patrono o unión.
- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia que provee mi estado.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos , después de haber vivido permanentemente fuera de los Estados Unidos.
- Ya no soy elegible para el pago de ayuda adicional en los medicamentos de Medicare.
- Soy beneficiario del Plan Medicare Original.

Si ninguna de estas opciones le aplica o usted no está seguro(a), favor de comunicarse con nosotros para saber si es elegible para la afiliación al plan en este momento.

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 sólo 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. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

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 lo 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 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 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 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.

Firma: _____

Fecha: _____

Si usted es un representante autorizado o desea designar uno para solicitar o recibir información, deberá proveer la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Parentesco con Solicitante: _____

Para Uso de Oficina Solamente:

Nombre de empleado de AHM que orientó y/o ayudó para la afiliación: _____

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

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

No Elegible: _____