**Modelo de formulario de solicitud de inscripción individual del plan PFFS  
(“elección” may also be used)**

Mencionado en estas secciones: 10, 20.4, 40.1, 40.2

**(Rev. 1, emitida: 06-15-17; Entrada en vigencia/implementación: 04-01-18)**

Póngase en contacto con <plan name> si necesita información en otro idioma o formato (braille).

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Para inscribirse en <plan>, proporcione la siguiente información:** | | | | | | | |
| [*Required if form used for multiple plans:* **Indique con una marca en qué plan quiere inscribirse:**  Producto ABC $XX por mes Producto XYZ $XX por mes] | | | | | | | |
| APELLIDO: PRIMER nombre: Inicial del 2.º  nombre: | | | | | | Sr.  Sra.  Srta. | |
| Fecha de nacimiento:  (\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_)  (M M / D D/ A A A A) | Sexo:  M  F | | Número de teléfono particular:  ( ) | | | [*Optional field*: Número de teléfono alternativo:] | |
| Dirección de residencia permanente (no se admiten casillas de correo): | | | | | | | |
| Ciudad: | | [*Optional field:* Condado:] | | | Estado: | | Código postal: |
| **Dirección postal** (solamente si es distinta de la dirección de residencia permanente):  Dirección: Ciudad: Estado: Código postal: | | | | | | | |
| [*Optional field*: **Contacto para emergencias:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Número de teléfono**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Relación con usted:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ] | | | | | | | |
| [*Optional field:* **Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ] | | | | | | | |
| **Proporcione la información del seguro de Medicare** | | | | | | | |
| Tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare a mano para completar esta sección.   * Complete esta información tal como aparece en la tarjeta de Medicare.     O BIEN   * Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios. | | | | Nombre (tal como aparece en la tarjeta de Medicare):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número de Medicare:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigencia:  COB. HOSPITALARIA (Parte A)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  COB. MÉDICA (Parte B)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage. | | | |
| [***Zero premium MA-only plans omit this section***:  **Cómo pagar la prima del plan** | | | | | | | |
| **[***Zero premium MA-PD plans insert***: Si determinamos que debe pagar una multa por inscripción tardía (o si tiene actualmente una multa por inscripción tardía), necesitamos saber de qué manera prefiere pagarla. Puede pagar por correo <***insert optional methods*: **“transferencia electrónica de fondos (EFT)”, “tarjeta de crédito”> todos los meses <***insert optional intervals, if applicable, for example* **“o trimestralmente”>. También puede pagar la prima todos los meses mediante descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios. Si a usted se le adjudica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. A usted se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o bien recibirá la factura directamente de Medicare o la Junta de jubilación para ferroviarios. NO pague el ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D a *[insert appropriate plan and/or organization name]*. ]**  **[***MA-only and MA-PD plans with premiums insert***: Puede pagar las primas mensuales de su plan [***MA-PD plans with premium insert:* **(incluidas todas las multas por inscripción tardía que tenga o que pueda adeudar)] por correo <***insert optional methods*: **“transferencia electrónica de fondos (EFT)”, “tarjeta de crédito”> todos los meses <***insert optional intervals, if applicable, for example* **“o trimestralmente”>. También puede pagar la prima todos los meses mediante descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios.**  [*MA-PD plans with premiums insert:***Si a usted se le adjudica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. A usted se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o bien recibirá la factura directamente de Medicare o la Junta de jubilación para ferroviarios. NO pague el ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D a *[insert appropriate plan and/or organization name]*.]**  Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta.  Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidos los deducibles anuales, las primas mensuales de los medicamentos con receta y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no quedarán supeditadas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía.  Muchas personas reúnen los requisitos para obtener estos descuentos y no lo saben.  Para obtener información sobre esta Ayuda adicional, póngase en contacto con la oficina local del Seguro Social o bien 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 en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.  Si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una parte de la prima, le enviaremos a usted la factura por el monto que Medicare no cubra.  Si no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses <*optional language in place of “bill each month*”: “libreta de cupones” or “libreta de pago”>.  **Elija una opción de pago de la prima:**  Obtenga una factura <option: “libreta de cupones”, “libreta de pago”, etc>  <*option to include other billing intervals e.g. bi-monthly, quarterly*>  [*Optional -* *Include other payment methods, such as EFT & credit card as follows:*  Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:  Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número de enrutamiento del banco: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  Número de cuenta del banco: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  Tipo de cuenta:  De cheques  De ahorros  Tarjeta de crédito. Proporcione la siguiente información:  Tipo de tarjeta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre del titular de la cuenta como aparece en la tarjeta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número de cuenta: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  Fecha de vencimiento: \_ \_/\_ \_ \_ \_ (MM/AAAA)]  Deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).  Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB  (La deducción del Seguro Social o de la RRB puede demorar hasta dos meses o más en comenzar luego de que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, el primer descuento del cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales).] | | | | | | | |
| **Lea y responda estas preguntas importantes:** | | | | | | | |
| 1. ¿Padece una enfermedad renal terminal (ESRD)?  Sí  No  Si usted recibió un trasplante de riñón con éxito o ya no necesita diálisis regulares, **adjunte una nota o los registros** del médico que indiquen que usted recibió un trasplante exitoso de riñón o que ya no necesita diálisis; de lo contrario, tal vez sea necesario que nos pongamos en contacto con usted para obtener información adicional. | | | | | | | |
| [*PFFS-PD plans insert:*  2. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura para medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios de salud para empleados, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica.  ¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta además de <PFFS plan>?  Sí  No  Si la respuesta es “Sí”, mencione la otra cobertura y su número de identificación para esa cobertura:  Nombre de la otra cobertura: Núm. de identificación para esta cobertura: Núm. de grupo para  esta cobertura:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ] | | | | | | | |
| 3. ¿Usted o su cónyuge trabajan?  Sí  No | | | | | | | |
| [*Optional field:* **Indique el nombre del médico de atención primaria (PCP):**  Nombre del médico: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Número de teléfono: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**] | | | | | | | |
| [*Optional field:* **Escriba el nombre de su hospital, clínica o centro de salud de preferencia:**  Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_] | | | | | | | |
| **Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea español o en otro formato:**  <include list of available languages>  <include list of other formats (like Braille, audio tape, or large print)>  Si necesita información en un formato o idioma distinto de los mencionados arriba, póngase en contacto con <plan name> al <phone number>. Atendemos de <insert days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>. | | | | | | | |

|  |
| --- |
| image of stop sign  **Lea esta información importante** |
| [*All PFFS plans insert:* <Plan name>, un plan privado de pago por servicio de Medicare Advantage, funciona de manera distinta del plan complementario de Medicare y de otros planes Medicare Advantage.  Su médico u hospital no están obligados a aceptar los términos y condiciones del plan, y pueden optar por no brindarle tratamiento, salvo en casos de emergencia.   Debe verificar que sus proveedores aceptarán <plan name> antes de cada visita. Los proveedores pueden encontrar los términos y condiciones del plan en nuestro sitio web en <insert link to PFFS terms and conditions>.]  [*All PFFS plans insert, except for cases in which* *beneficiary is switching from one PFFS plan to another PFFS plan offered by the same MAO*: Una vez que <plan name> reciba su formulario de inscripción, un representante del plan se comunicará con usted por teléfono.  El propósito de esta llamada es asegurar que usted comprenda el funcionamiento del plan privado de pago por servicio y confirmar su intención de inscribirse en <plan name>.  Si <plan name>no puede comunicarse con usted por teléfono, recibirá una carta por correo con información similar.]  [*PFFS-PD plans insert:* Si en la actualidad cuenta con la cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en <PFFS-PD Name> podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato.Si cuenta con una cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en un <PFFS-PD Name> puede modificar el funcionamiento de su cobertura actual. Usted o sus dependientes podrían perder completamente su otra cobertura de salud o cobertura para medicamentos, y no recuperarla si usted se inscribe en <plan name>. Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite el sitio web o comuníquese con la oficina que figura en las comunicaciones. Si no cuenta con ninguna información sobre con quién contactarse, puede comunicarse con el administrador de beneficios o con la oficina encargada de responder preguntas sobre cobertura, quienes podrán ayudarlo.] |

|  |  |
| --- | --- |
| **Lea y firme a continuación** | |
| **Completando esta solicitud de inscripción, acepta lo siguiente:**  <Plan Name> es un plan privado de pago por servicio de Medicare y ha celebrado un contrato con el gobierno federal. Tendré que conservar la cobertura de las Partes A y B de Medicare. Comprendo que este plan es un plan privado de pago por servicio de Medicare Advantage y que solo puedo tener un plan de atención médica Medicare por vez. Solamente puedo tener un plan Medicare Advantage a la vez y comprendo que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud [*PFFS w/PD insert* “o de medicamentos con receta de Medicare”]. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga o que pueda obtener en el futuro. [*PFFS w/o PD only plans insert:* “Comprendo que dado que este plan no ofrece cobertura para medicamentos con receta de Medicare, puedo obtener esta cobertura de otro plan de medicamentos con receta de Medicare. Si no tengo cobertura para medicamentos con receta de Medicare o una cobertura para medicamentos con recetaacreditable (tan buena como la de Medicare),tal vez deba pagar una multa por inscripción tardía si más adelante me inscribo en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare.”] La inscripción en este plan es generalmente para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo cancelar mi inscripción en el plan o efectuar cambios solo en determinados momentos del año si existe un período de inscripción disponible (por ejemplo: el Período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o en determinadas circunstancias especiales.  Como un plan privado de pago por servicio de Medicare, <plan name> funciona de manera distinta del plan complementario de Medicare y de otros planes Medicare Advantage. <Plan name> pagará en lugar de Medicare y yo seré responsable de los montos que <plan name> no cubra, como copagos y coseguros. Original Medicare no pagará por mi atención médica mientras esté inscrito en <plan name>.  Antes de ver a un proveedor, debo verificar si este acepta <plan name>. Comprendo que mis proveedores de atención médica tienen el derecho a aceptar o no los términos y condiciones de pago de <plan name> cada vez que los visite. Comprendo que si mi proveedor no acepta <plan name>, tendré que buscar a otro proveedor.  <Plan name> brinda servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que <plan name> brinda servicios, debo avisar a <plan name> para que pueda cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en la nueva área. Una vez que sea miembro de <plan name>, tendré derecho a apelar las decisiones que tome el plan respecto de pagos o servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré el [insert either Member Handbook or Evidence of Coverage document] de <plan name> cuando lo reciba para conocer las normas que debo respetar para obtener cobertura con este plan privado de pago por servicio. Comprendo que las personas que tienen Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, salvo por la cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.  Comprendo que si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por <plan name>, esta persona puede recibir un pago en función de mi inscripción en <plan name>.  **Divulgación de información:** Inscribiéndome en este plan de salud de Medicare, reconozco que el plan de salud de Medicare puede divulgar mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para cualquier tratamiento, pago o atención médica. También reconozco que <plan name> divulgará mi información [**PFFS-PD plans insert:**, incluidos los datos sobre acontecimientos relacionados con medicamentos con receta,] a Medicare, que puede divulgarla con fines de investigación o para otros fines que estén de acuerdo con todas las leyes y reglamentaciones federales aplicables. A mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que si proporciono información falsa en este formulario, en forma intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.  Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud implica que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si una persona autorizada (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para realizar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad estará disponible en caso de que Medicare la requiera. | |
|  | |
| ***Firma:*** | ***Fecha de hoy:*** |
| *Si es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:*  ***Nombre:*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  ***Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  ***Número de teléfono:*** *(\_\_\_) \_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_*  ***Relación con la persona inscrita:*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | |

**Únicamente para uso oficial**:

Nombre del miembro del personal, agente o corredor (si brindó ayuda para la inscripción): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Núm. de identificación del plan: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ICEP/IEP: \_\_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_\_ SEP (tipo): \_\_\_\_\_\_ No es elegible: \_\_\_\_\_\_

[*optional space for other administrative information needed by plan*]