

2020

# Formulario de inscripción

Siga estos sencillos pasos para convertirse en afiliado de Medicare de Humana

Tenga a mano su tarjeta de Medicare

**Cada persona que solicite beneficios debe completar un formulario individual.**

Opciones de inscripción electrónica

¿Ha considerado la opción de inscribirse por Internet en [espanol.humana.com/medicare?](http://espanol.humana.com/medicare?) Es una forma rápida, segura y fácil de solicitar la inscripción.

Comuníquese con nosotros si tiene preguntas

Si tiene preguntas, llame a un agente de ventas certificado de Humana al **1-800-833-2367** (TTY: **711**). Estamos disponibles los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. No obstante, tenga en cuenta que, del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado podría responder su llamada los fines de semana y días festivos. Deje su nombre y número de teléfono, y le devolveremos la llamada antes de finalizar el próximo día hábil.

Firme y coloque la fecha en el formulario de inscripción

**Si el formulario de inscripción no se completa y se envía dentro del período asignado, la inscripción podría ser rechazada.**

Envíe su formulario de inscripción

Puede enviar por fax las páginas de Servicios de afiliación de este formulario de inscripción al: **1-877-889-9936**

O bien, envíe por correo postal este formulario de inscripción a:  
Humana Medicare Enrollment  
PO Box 14309, Lexington, KY 40512-4309

**No envíe el mismo formulario de inscripción ni solicite inscribirse en el mismo plan en más de una ocasión.**

## Instrucciones

- Rellene por completo los óvalos.
- Utilice solamente tinta negra.
- Escriba con claridad solo un número o letra mayúscula en cada casilla.
- Si comete un error, tache la casilla con una "X" y escriba la letra o el número correctos encima o debajo de la casilla, como se muestra a la derecha.

### Letras y números correctos

1 2 3 S M I X H

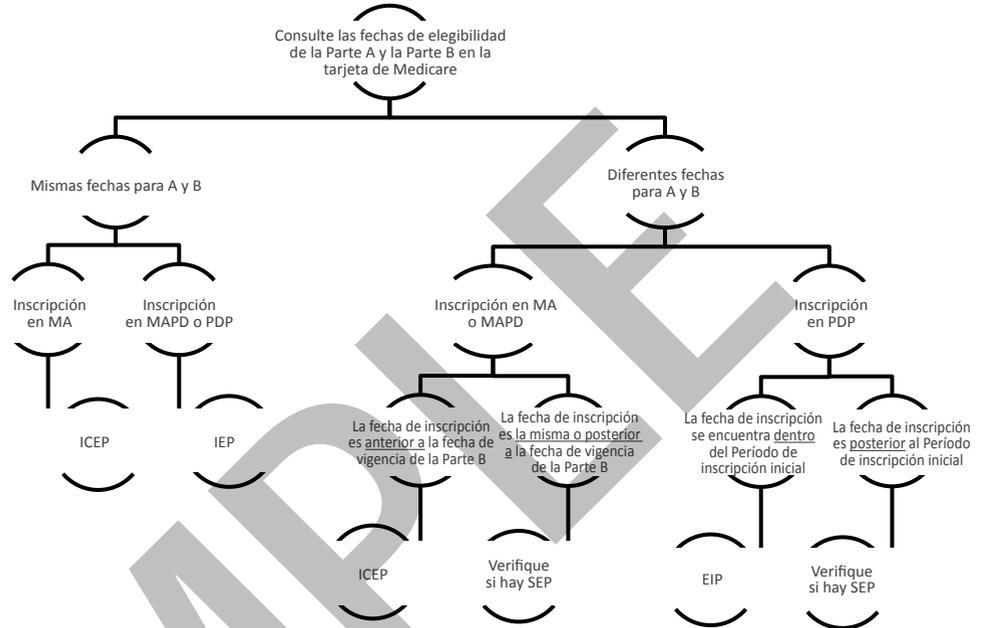
# Humana®

# Notas adicionales

## Los campos obligatorios se indican con un asterisco\*

Período de inscripción inicial (IEP, por sus siglas en inglés) y Período de elección de cobertura inicial (ICEP, por sus siglas en inglés)

- Si las fechas de la Parte A y la Parte B son las mismas, el período de elección abarca 7 meses: 3 meses antes del mes en el que comienza a ser elegible, el mes en el que comienza a ser elegible y 3 meses después del mes en el que comienza a ser elegible.
- Si las fechas de la Parte A y la Parte B son diferentes, el período de elección abarca 3 meses: 3 meses antes del mes de la fecha de vigencia posterior (con frecuencia la fecha de la Parte B), y solo para la inscripción en un plan solo MA o un plan MAPD. Si la inscripción es para un plan PDP, verifique si el período de inscripción inicial de 7 meses continúa disponible.



- La fecha de inicio de la cobertura se basa en factores como el derecho a Medicare y la presentación del formulario de inscripción completado.

Los períodos de inscripción pueden superponerse, por lo que deberá asegurarse de marcar cualquier óvalo del Período de elección especial (SEP, por sus siglas en inglés) que se aplica a usted de la lista de declaraciones del SEP, en la página 5 del formulario de inscripción. Cuando se inscriba específicamente durante un SEP, una de las declaraciones del SEP debe ser verdadera para ser elegible para un SEP.

**Los agentes deben consultar el Material auxiliar sobre opciones de inscripción (DMS-024), que se encuentra en Humana MarketPoint University en Vantage, si no ven el SEP consignado en la página 5, o comunicarse con la Unidad de Asistencia para Agentes para obtener ayuda.**

La tabla de declaraciones del SEP en la página 5 tiene una columna en la que se indica el tipo de plan que se aplica. Las siglas se definen a continuación:

\*PDP = Plan de medicamentos recetados, MAPD = Medicare Advantage con medicamentos recetados, MA = Medicare Advantage.

### Alcance de la cita (pág. 9)

Los agentes deben usar uno de los códigos de tres letras a continuación para el campo de tipo de cita. Tenga en cuenta: No se requiere un SOA para SEM – Seminario o GCS – Seminario del centro de asesoramiento. Tampoco se requiere un SOA para los formularios de inscripción tomados en un Evento informal como horas informadas en tienda minorista, es decir, Walmart.

F2F - En persona	INH - Cita en el hogar	SEM - Seminario
GCS - Seminario del centro de asesoramiento	OTH - Otro	WAL - Walmart
GCW - Centro de asesoramiento sin cita previa	RET - Socio minorista	TEL - Telefónica

# ¡Importante!

## En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género o religión. La discriminación es contra la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de derechos civiles federales. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:  
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618  
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-877-320-1235** o bien, si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019**, **800-537-7697 (TDD)**.

Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos.

**1-877-320-1235 (TTY: 711)**

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

## Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

**1-877-320-1235 (TTY: 711)**

**Español (Spanish):** Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

**繁體中文 (Chinese):** 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

**Tiếng Việt (Vietnamese):** Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

**한국어 (Korean):** 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오.

**Tagalog (Tagalog – Filipino):** Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

**Русский (Russian):** Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

**Kreyòl Ayisyen (French Creole):** Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.

**Français (French):** Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

**Polski (Polish):** Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.

**Português (Portuguese):** Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

**Italiano (Italian):** Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

**Deutsch (German):** Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

**日本語 (Japanese):** 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。

**فارسی (Farsi)**

برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

**Diné Bizaad (Navajo):** Wóda hí béesh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jii'k'eh saad bee áká'ánída'áwo'déé nika'adoowól.

**العربية (Arabic)**

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك

 **LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE**

**Si actualmente tiene cobertura de salud de un patrono o sindicato, la inscripción en Humana puede influir en los beneficios de cuidado de la salud de su patrono o sindicato.** Podría perder la cobertura de salud de su patrono o sindicato al afiliarse a Humana. Lea las comunicaciones que le envían su patrono o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que se indica en sus comunicaciones. Si no hay información de contacto, el administrador de beneficios o la oficina a cargo de responder preguntas sobre la cobertura pueden resultarle de utilidad.

Es posible que su estado proporcione servicios de asesoramiento con respecto a la contratación de un seguro suplementario a Medicare u otras opciones de planes Medicare Advantage o Planes de medicamentos recetados, la asistencia médica a través del programa estatal de Medicaid y un Programa de ahorros de Medicare.

**Al completar este formulario de inscripción, acepto lo siguiente:**

Si me inscribo en un plan de salud Medicare Advantage con contrato con el gobierno federal, debo conservar las Partes A y B de Medicare y debo continuar pagando mi prima de la Parte B de Medicare. Solo puedo estar en un plan Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en cualquier otro plan de salud Medicare Advantage o plan de medicamentos recetados. Si me inscribo en un plan de medicamentos recetados de Medicare, además de mi cobertura conforme a las Partes A y B de Medicare, tendré que mantener mi cobertura de las Partes A y B de Medicare. Es responsabilidad mía informar a Humana sobre cualquier cobertura para medicamentos recetados que tenga o pueda tener en el futuro. **Entiendo que si no tengo cobertura para medicamentos recetados de Medicare, o una cobertura válida para medicamentos recetados (tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una multa por afiliación tardía si en el futuro me inscribo en la cobertura para medicamentos recetados de Medicare.** Solo puedo inscribirme en un plan de medicamentos recetados de Medicare por vez. La inscripción en este plan es generalmente por el año completo. Una vez que me inscribo, puedo dejar este plan o realizar cambios solo en determinados momentos del año cuando hay un período de inscripción disponible (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o en ciertas circunstancias especiales.

Este plan de Humana presta servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio de este plan de Humana, debo notificar a Humana para poder desafiarme y encontrar un nuevo plan en el área nueva. Una vez que me afilie a Humana, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios, si no estoy de acuerdo con ellas. Leeré la Evidencia de cobertura de Humana cuando la reciba para conocer las normas que debo cumplir para recibir cobertura con este plan Medicare Advantage o el plan de medicamentos recetados. Entiendo que los beneficiarios de Medicare generalmente no están cubiertos por Medicare mientras se encuentran fuera del país, excepto en lo que respecta a cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.

Se cubrirán los servicios necesarios por razones médicas autorizados por los planes de salud Medicare Advantage de Humana y otros servicios contenidos en la Evidencia de cobertura. **NI MEDICARE NI HUMANA PAGARÁN LOS SERVICIOS DE MEDICARE ADVANTAGE HMO SIN AUTORIZACIÓN.**

Entiendo que, si recibo asistencia de un agente de ventas, corredor u otra persona que sea empleado de Humana o haya celebrado un contrato con Humana, esta persona puede recibir una compensación basada en mi inscripción en un plan de Humana.

Una vez que Humana haya recibido mi formulario de inscripción, recibiré una carta de verificación. Esta carta es para comprobar que entiendo cómo funciona el plan y para confirmar mi intención de inscribirme. Este no es un plan secundario de las Partes A y B de Medicare. Humana será responsable de los pagos en lugar de Medicare, y yo seré responsable de pagar las cantidades que Humana no cubra, como copagos y coseguros. Las Partes A y B de Medicare no pagarán mi cuidado de la salud mientras yo esté inscrito en Humana.

- Si solicita inscribirse en un plan de una **Organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés)**, se aplica la siguiente declaración: Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura del plan HMO, todo el cuidado de la salud que reciba debe ser de proveedores de la red, a excepción de servicios en casos de emergencia, servicios que se necesitan con urgencia o diálisis fuera del área de servicio.
- Si solicita inscribirse en un plan de una **Organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés)**, se aplica la siguiente declaración: Entiendo que en la fecha en que comienza la cobertura del plan PPO, el uso de servicios de la red puede costar menos que el uso de servicios fuera de la red, a excepción de los servicios en casos de emergencia, servicios que se necesitan con urgencia o diálisis fuera del área de servicio. Si son necesarios por razones médicas, Humana proporciona el reembolso de todos los beneficios cubiertos, aunque se reciban fuera de la red.
- Si solicita inscribirse en un plan **Privado de cargo por servicio (PFFS, por sus siglas en inglés)**, se aplica la siguiente declaración: Entiendo que este plan es un plan PFFS de Medicare Advantage y no un Plan suplementario a Medicare, Medigap, Medicare Select ni un Plan de medicamentos recetados independiente. **PFFS es un plan Medicare Advantage que puede tener integrada la cobertura para medicamentos recetados.** Antes de consultar a un proveedor, debo verificar que acepte este plan antes de cada consulta. Su médico u hospital no están obligados a aceptar los términos y condiciones del plan y, por lo tanto, pueden optar por no brindarle tratamiento, excepto en caso de emergencia. Los proveedores pueden consultar los términos y condiciones del plan en nuestro sitio web en [www.humana.com/provider/medical-resources/medicare-medicaid/](http://www.humana.com/provider/medical-resources/medicare-medicaid/). Entiendo que mis proveedores de cuidado de la salud tienen derecho a optar por aceptar o no los términos y condiciones de pago de un plan PFFS cada vez que los consulto. Entiendo que si mi proveedor decide no aceptar el plan PFFS, deberé buscar otro proveedor que sí lo haga. Entiendo que, si mi plan PFFS no ofrece la cobertura para medicamentos recetados de Medicare, podré obtener cobertura a través de otro plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Si solicita inscribirse en un **Plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (DE-SNP, por sus siglas en inglés)**, se aplica la siguiente declaración: Entiendo que este plan es para personas que tienen tanto Medicaid como Medicare. Mi capacidad para inscribirme se basa en la verificación de que tengo derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de Medicaid.

Para los afiliados de un DE-SNP de FLORIDA: Entiendo que este plan está patrocinado por Humana y la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (Agency for Health Care Administration) del estado de Florida.

Para los afiliados de un DE-SNP de TENNESSEE: Entiendo que TennCare no es responsable del pago de estos beneficios, a excepción de las cantidades apropiadas de costos compartidos. TennCare no es responsable de garantizar la disponibilidad o la calidad de estos beneficios. Toda referencia a más beneficios, o beneficios extra o adicionales de Medicare se aplica solo a Medicare y no indica beneficios adicionales de Medicaid.

- Si solicita inscribirse en un **Plan de necesidades especiales para afecciones crónicas (CC-SNP, por sus siglas en inglés)**, se aplica la siguiente declaración: Entiendo que este plan es un plan de necesidades especiales para afecciones crónicas. Mi capacidad para inscribirme se basa en la verificación de que tengo la o las afecciones médicas elegibles.
- Si solicita inscribirse en un Plan de medicamentos recetados de Humana y es afiliado de un plan Medicare Advantage (como HMO o PPO), es posible que ya cuente con un beneficio de medicamentos recetados de su plan Medicare Advantage que satisfará sus necesidades. Al inscribirse en un Plan de medicamentos recetados de Humana, es posible que finalice su inscripción en el plan Medicare Advantage. Esto influirá tanto en la cobertura de médicos y hospitales como en sus beneficios de medicamentos recetados. Lea la información que le envía su plan Medicare Advantage y comuníquese con el plan Medicare Advantage en caso de tener preguntas. Entiendo que, si abandono este plan y no tengo u obtengo otra cobertura para medicamentos recetados de Medicare u otra cobertura válida (tan buena como la de Medicare), es posible

que deba pagar una multa por afiliación tardía adicional a la prima de la cobertura para medicamentos recetados de Medicare en el futuro. Entiendo que, para acceder a los beneficios de Humana, debo usar las farmacias de la red, excepto en circunstancias limitadas y no habituales en las que no sea posible usar de manera razonable farmacias de la red de Humana.

- Entiendo que me inscribo en un plan Medicare Advantage de Humana o un Plan de medicamentos recetados Medicare de Humana, que no es un plan suplementario a Medicare, Medigap, Medicare Select o Medicaid.

La información de este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se me desafiliará del plan.

### **Divulgación de información:**

Reconozco que, al inscribirme en este plan de Medicare, Humana compartirá mi información con Medicare y otros planes y proveedores según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones relacionadas con el cuidado de la salud. También reconozco que Humana compartirá mi información con Medicare (incluidos los datos sobre medicamentos recetados), que podrá divulgarla para fines de investigación y otros propósitos de conformidad con todas las reglamentaciones y todos los estatutos federales que correspondan.

### **Ingresos limitados:**

Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted es elegible, Medicare podría pagar el setenta y cinco (75) por ciento o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de la cobertura para medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Asimismo, quienes sean elegibles no estarán sujetos al período sin cobertura ni a la multa por afiliación tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Si desea obtener más información sobre esta Ayuda adicional, comuníquese con la oficina del Seguro Social de su localidad. También puede comunicarse con el Seguro Social llamando al 1-800-772-1213. Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar la Ayuda adicional en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si es elegible para recibir Ayuda adicional con los costos de la cobertura para medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima del plan. En caso de que Medicare pague únicamente una parte de esta prima, le facturaremos a usted la cantidad que Medicare no cubra.

### **NOTA IMPORTANTE sobre la deducción del cheque de beneficios de la Administración del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés):**

Según el día del mes en que realice esta solicitud, es posible que se le deniegue la deducción de la SSA o de la RRB para el pago de su primera prima. Humana emitirá una factura por el pago inicial y reenviará su solicitud a los CMS (Medicare) para que la deducción de la SSA o de la RRB comience con la prima del segundo mes. Una vez procesada la solicitud, puede demorar hasta dos cheques de beneficios desde el momento en que su plan Medicare envía la solicitud para que comience la deducción de las primas. Esto significa que la primera vez que se retengan primas de su beneficio de la SSA o de la RRB, es posible que se deduzca una cantidad equivalente al pago de dos primas mensuales. La SSA o la RRB deducirán solo el costo del pago de una prima mensual de su beneficio de la SSA o de la RRB cada mes en lo sucesivo. En algunos casos, es posible que la demora sea de tres cheques de beneficios. No se realizará nunca una deducción de un valor superior a la cantidad de las primas correspondientes a tres meses. Si por algún motivo la deducción se retrasa más de tres meses y fuera necesario deducir más de tres meses de primas, Medicare suspenderá su solicitud y le indicará al plan de Medicare que le facture las primas directamente a usted. Esta medida evita que se realice una deducción cuantiosa e imprevista de su beneficio habitual.

Si usted se desafilia del plan, posiblemente se produzca el mismo retraso en el tiempo de procesamiento. Si la SSA o la RRB dedujeron la prima, la SSA o la RRB se la reembolsarán. Recibirá este reembolso dentro del plazo de los tres cheques de beneficios posteriores a su fecha de desafiliación.





Los campos obligatorios se indican con un asterisco\*

NÚMERO DE MEDICARE DEL SOLICITANTE\*

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Selección de plan

Si usted tiene cobertura médica o cobertura para medicamentos recetados del patrono, ¿entiende que su cobertura del patrono podría finalizar y ser reemplazada por la cobertura que solicitó hoy, una vez aceptada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés)?

Sí  No

Proporcione a continuación la información del plan correspondiente al plan médico o de medicamentos recetados que desea. Puede encontrar información sobre los planes en su Resumen de beneficios.

CONTRATO\*                      PBP\*                      SEGMENTO  
□□□□□□ - □□□□ - 00□□

Provea la prima básica para este plan según el Resumen de beneficios. Esta cantidad nos ayuda a identificar el plan que desea y no debe incluir las opciones de los OSB, las multas por afiliación tardía ni los pagos de otras partes, como Medicaid.

PRIMA\*  
\$□□□□ . □□□

Seleccione una opción a continuación que se corresponda con los detalles del plan que proporcionó anteriormente. Consulte el Resumen de beneficios o a su agente para obtener ayuda.

Quisiera una de las siguientes opciones\*:

- Humana Gold Plus® HMO
- Humana Value Plus HMO
- Humana Dual Eligible SNP HMO (se requiere elegibilidad para Medicaid)
- HumanaChoice® PPO
- Humana Value Plus PPO
- Humana Dual Eligible SNP PPO (se requiere elegibilidad para Medicaid)

NÚMERO DE MEDICAID □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

- Humana Community HMO
- Humana Chronic Condition SNP HMO (se requiere Formulario de precalificación adicional)
- Humana-Ochsner Network HMO (se ofrece solo en Louisiana)
- Humana Cleveland Clinic Preferred HMO
- Humana Fully Integrated DE-SNP HMO (se requiere elegibilidad para Medicaid)
- Humana Community Select HMO
- Humana Honor HMO
- Humana Honor PPO
- Humana Basic Rx Plan (PDP)
- Humana Premier Rx Plan (PDP)
- Humana Walmart Value Rx Plan (PDP)
- Humana Gold Choice® PFFS

Si selecciona un plan Medicare Advantage HMO o PPO que no incluye cobertura para medicamentos recetados, no puede tener un plan de medicamentos recetados (PDP) independiente al mismo tiempo.



Los campos obligatorios se indican con un asterisco\*

NÚMERO DE MEDICARE DEL SOLICITANTE\*

Grid for Medicare number: 11 boxes.

BENEFICIO SUPLEMENTARIO OPCIONAL (OSB, por sus siglas en inglés) EN EL QUE SE INSCRIBE:

Rellene los óvalos para los OSB en los que desea inscribirse. Si usted ya está inscrito en un OSB, DEBE seleccionarlo en este formulario para continuar recibiendo este beneficio. No todos los OSB están disponibles en todas las áreas. Consulte las opciones de OSB a continuación y su Resumen de beneficios para verificar que sus opciones continúen vigentes y disponibles.

Los afiliados deben seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare y la prima del plan de Humana, más la prima de los OSB.

- MyOptionSM Platinum Dental, MyOptionSM Dental - High, MyOptionSM Total Dental, MyOptionSM Total Dental Plus, Florida MyOptionSM Total Dental, MyOptionSM Dental Enriched, MyOptionSM Acupuncture, MyOptionSM Enhanced Dental, MyOptionSM Enhanced Dental Plus, Florida MyOptionSM Enhanced Dental, MyOptionSM Fitness, MyOptionSM Plus, MyOptionSM Vision

Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, por ejemplo, seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados del gobierno federal, beneficios de la Administración de Veteranos o programas estatales de asistencia de farmacia.

1. ¿Contará con alguna otra cobertura para medicamentos recetados además de este plan en el que solicita inscribirse?\* Sí No

En caso afirmativo, complete lo siguiente:

NOMBRE DE LA OTRA COBERTURA

NÚMERO DE GRUPO DE ESTA COBERTURA

Grids for ID number and phone number (area, number, extension).

2. Una vez inscrito, ¿trabjarán usted o su cónyuge? Sí No

3. Una vez inscrito, ¿tendrá otra cobertura de salud en la que usted sea el abonado o tenga cobertura como cónyuge/dependiente? Sí No

En caso afirmativo, complete lo siguiente:

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA

NÚMERO DE GRUPO DE ESTA COBERTURA

Grids for company name and ID number.

¿Su otra cobertura incluye cobertura para medicamentos recetados? Sí No

4. Si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), rellene este óvalo.\* Tengo ESRD

(Responda esta pregunta solo si solicita planes HMO, PFFS y PPO).

Si ha recibido un trasplante de riñón con éxito o si ya no necesita someterse a diálisis periódicamente, adjunte una nota o los registros de su médico donde se indique que ha recibido un trasplante de riñón con éxito o que no necesita diálisis. Si no adjunta esta información, posiblemente debamos pedírsela más adelante y, si no la recibimos, su formulario de inscripción podría ser rechazada.

Idioma preferido para el Servicio al cliente

- Inglés, Español, Chino, Otro

Si se necesita un formato accesible, seleccione una opción

- Audio, Letras grandes, PDF para lector de pantalla de fácil acceso, Oral por teléfono, Sistema Braille

Comuníquese con un Agente de ventas certificado de Humana al 1-800-833-2367 (TTY: 711) si necesita información en otro formato o idioma.



Los campos obligatorios se indican con un asterisco\*

NÚMERO DE MEDICARE DEL SOLICITANTE\*

Grid for Medicare number: 12 boxes

SELECCIONE UNA OPCIÓN DE PAGO DE PRIMA\*. Puede pagar la prima mensual del plan o la multa por afiliación tardía mediante deducciones automáticas de su cuenta bancaria (transferencias ACH), su cheque de beneficios de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés), o su tarjeta de crédito o de débito (CC/DC, por sus siglas en inglés). También puede optar por pagar por correo postal utilizando una libreta de cupones. Si no elige una opción de pago a continuación, se le asignará de manera predeterminada la libreta de cupones.

Deducción automática de cuenta bancaria

Información de la cuenta bancaria (Complete esta sección solo si seleccionó la Deducción automática de cuenta bancaria como opción de pago).

Cuenta de cheques

Cuenta de ahorros

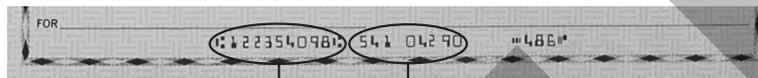
NOMBRE DEL BANCO

Grid for bank name: 30 boxes

NÚMERO DE RUTA BANCARIA

NÚMERO DE CUENTA

Grid for routing and account numbers: 18 boxes with double quotes



Número de ruta bancaria    Número de cuenta

Deducción del cheque de beneficios del Seguro Social (vea la nota más abajo)

Deducción del cheque de beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (vea la nota más abajo)

Actualmente debe recibir un cheque de beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios para ser elegible para esta opción de pago.

TENGA EN CUENTA: Debido a cronogramas de procesamiento exigidos por los CMS (Medicare), es posible que se deniegue la deducción de la SSA o de la RRB para el pago de su primera prima. Humana emitirá una factura por el pago inicial y reenviará su solicitud a los CMS (Medicare) para que la deducción de la SSA o de la RRB comience con la prima del segundo mes. Es posible que la deducción demore dos o más cheques de beneficios para comenzar. En la mayoría de los casos, si la SSA o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios comenzará con el mes en que la SSA acepta las retenciones. Si la SSA o la RRB no aceptan su pedido de deducción automática, le enviaremos una libreta de cupones para sus primas mensuales.

Deducción automática de tarjeta de crédito o de débito

Información de la tarjeta de crédito o de débito (Complete esta sección solo si seleccionó la Deducción automática de tarjeta de crédito o de débito como opción de pago).

MasterCard

Visa

Discover

NÚMERO DE TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO

FECHA DE VENCIMIENTO

Grid for card number: 16 boxes

Grid for expiration date: MM/YY (20/20)

Libreta de cupones

Puede visitar [espanol.humana.com/pay](http://espanol.humana.com/pay) para pagar su prima mensual en línea. Si ha seleccionado la Libreta de cupones como opción de pago, puede pagar con la antelación que desee. También puede iniciar sesión en su cuenta segura de MyHumana [haga clic en Register (Registrarse) si aún no se ha inscrito] o descargar la aplicación MyHumana para aprovechar otros servicios de primer nivel relacionados.

Si se le impone una Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA, por sus siglas en inglés), la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar esta cantidad extra además de la prima del plan. La cantidad se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, o Medicare o la RRB se la facturarán directamente. NO le pague a Humana la Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D.

Tenga en cuenta que si tiene Ayuda adicional y se inscribe en un plan con Cobertura para medicamentos, puede experimentar un cambio en la prima o los copagos si su nivel de Ayuda adicional cambia.



Los campos obligatorios se indican con un asterisco\*

NÚMERO DE MEDICARE DEL SOLICITANTE\*

Grid for Medicare number

He leído y entiendo la información importante de las páginas anteriores. He recibido y revisado una copia del Resumen de beneficios.

FIRMA DEL SOLICITANTE\* o representante legal autorizado (incluye una persona con un poder notarial válido, un tutor legal, etc.)

Signature line

FECHA DE LA FIRMA\*

MMDD 20AA date grid

Entiendo que mi firma (o la firma del representante autorizado para actuar en nombre de la persona de conformidad con las leyes del estado donde reside dicha persona) en este formulario de inscripción implica que he leído y comprendido el contenido de este formulario de inscripción. Si una persona autorizada (como se describe arriba) firma esta solicitud, la firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por las leyes del Estado para llenar este formulario de inscripción y 2) la documentación relacionada con esta autorización está disponible previa solicitud de Medicare.

Si usted es el representante legal autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:\*

Form fields for APPELLIDO, DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO, NOMBRE, RELACIÓN CON EL SOLICITANTE, ESTADO, CÓDIGO POSTAL, ISN

SOLO PARA USO DEL AGENTE

TIPO DE CITA and NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ALCANCE DE LA CITA

NOMBRE DEL AGENTE DE SUSCRIPCIÓN\*

NÚMERO (SAN)\* and FECHA\* MMDD 20AA

SOCIO AFFINITY, LUGAR, CAMPAÑA

NOMBRE DEL AGENTE REMITENTE

NÚMERO (SAN)

Coloque este número de código de barras en el Formulario de alcance de la cita (SOA, por sus siglas en inglés).



SAMPLE

Los Beneficios suplementarios opcionales (OSB, por sus siglas en inglés) de Humana MyOption<sup>SM</sup> están disponibles únicamente para los afiliados de ciertos planes Medicare Advantage (MA) de Humana. Los afiliados de planes de Humana que ofrecen OSB pueden inscribirse en los OSB en cualquier momento a lo largo del año. Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

**Humana**<sup>®</sup>

[espanol.humana.com](https://espanol.humana.com)