



Solicitud de Afiliación para el 2022

Siga estos sencillos pasos para convertirse en un afiliado del Plan Medicare Advantage de CarePlus.



Tenga lista su tarjeta de Medicare

Escriba con letra de molde clara y llene todo el formulario de solicitud, asegurándose de no saltarse los campos requeridos (en rojo). Debe escribir la información tal y como aparece en su tarjeta de Medicare. **Cada solicitante que presente una solicitud debe completar un formulario separado.**

Tenga en cuenta: Todos los campos en **rojo** son obligatorios. Es su decisión completar o no los campos no obligatorios. No se le puede denegar la cobertura si no los completa.



Firme y feche la Solicitud de Afiliación

Este formulario de solicitud no estará completo hasta que usted lo firme. Si el formulario no se completa y no se envía dentro del período de tiempo asignado, la solicitud de afiliación podría ser denegada. Si quien completa el formulario es un representante legal autorizado, esta persona deberá firmarlo y se deberá proporcionar la documentación legal correspondiente si se la solicita.



Por favor no envíe Solicitudes de Afiliación duplicadas para el mismo plan y la misma fecha de entrada en vigencia.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.



Lea esta información importante

Antes de firmar, lea completamente esta Solicitud de Afiliación para asegurarse de que entiende la información suministrada.



Puede enviar esta Solicitud de Afiliación **por correo** a:

**CarePlus Enrollment Forms
P.O. Box 14733
Lexington, KY 40512-4642**



o enviar **por fax** esta Solicitud de Afiliación al:

1-855-819-8679

Aviso: Para su conveniencia, se incluye una portada de fax en el reverso de esta página.



PORTADA DE FAX

FECHA: _____

PARA: **Departamento de Afiliación de CarePlus**

NÚM. DE FAX: **1-855-819-8679**

CANTIDAD DE PÁGINAS (Incluida la portada del Fax): _____

DE (Nombre y apellido): _____

ID. DEL AGENTE (SAN) – si lo completó un agente: _____

TELÉFONO: _____

NÚM. DE FAX: _____

***** Antes de enviar por fax este formulario de afiliación, asegúrese de que todos los campos necesarios (en rojo) estén marcados y se puedan leer con claridad *****

Mensaje: _____

ESTE FACSIMIL CONTIENE INFORMACIÓN PRIVILEGIADA Y CONFIDENCIAL PREVISTA PARA EL USO EXCLUSIVO DE LOS DESTINATARIOS QUE SE MENCIONAN ARRIBA. SI USTED NO ES EL DESTINATARIO PREVISTO DE ESTE FACSIMIL NI EL EMPLEADO O EL AGENTE RESPONSABLE DE ENTREGARLO AL DESTINATARIO PREVISTO, QUEDA INFORMADO DE QUE DIVULGAR O HACER COPIAS DEL PRESENTE FACSIMIL ESTÁ ESTRICTAMENTE PROHIBIDO. SI RECIBIÓ ESTE FACSIMIL POR ERROR, COMUNÍQUESE CON NOSOTROS PARA HACÉRNOSLO SABER Y DEVUELVA EL FACSIMIL POR CORREO A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN.

P.O Box 14733 Lexington, KY 40512-4642

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

¡IMPORTANTE!

En CarePlus, es importante que usted reciba un trato justo.

CarePlus Health Plans, Inc. no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión. La discriminación es contra la ley. CarePlus cumple con las leyes aplicables de derechos civiles federales. Si usted cree que CarePlus le ha discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a: **CarePlus Health Plans, Inc.**
Atención: Departamento de Servicios para Afiliados. 11430 NW 20th Street, Suite 300. Miami, FL 33172.
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**, 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. 1-800-794-5907 (TTY: 711).

CarePlus provee recursos y servicios auxiliares gratuitos tales como intérpretes acreditados de lenguaje de señas 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.

1-800-794-5907 (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 resewva 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.

ગુજરાતી (Gujarati): નિચીલેલું નંબર સહાય સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવા માટે ઉપરોક્ત નંબર પર કોલ કરો.

ภาษาไทย (Thai): โทรติดต่อที่หมายเลขด้านบนนี้เพื่อรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย.

Diné Bizaad (Navajo): Wódaahí béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'déé nika'adoowoł.

العربية (Arabic): الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك

Todos los campos en rojo son obligatorios

Fecha Propuesta de Entrada en Vigencia (coloque el mes): / 01 / 2022

Por favor comuníquese con CarePlus Health Plans si necesita información en otro idioma o formato.
Para afiliarse a CarePlus, proporcione la siguiente información:

Selección del plan

- | | | | |
|-------------------------------|--|---|---|
| Elija Una Sola Opción: | <input type="checkbox"/> CareOne (HMO) | <input type="checkbox"/> CareOne PLUS (HMO) | <input type="checkbox"/> CareOne PLUS (HMO-POS) |
| | <input type="checkbox"/> CareFree (HMO) | <input type="checkbox"/> CareFree PLUS (HMO) | <input type="checkbox"/> CareExtra (HMO) |
| | <input type="checkbox"/> CareOne PLATINUM (HMO) | <input type="checkbox"/> CareOne PLATINUM (HMO-POS) | <input type="checkbox"/> CareComplete (HMO C-SNP) |
| | <input type="checkbox"/> CareSalute (HMO) | <input type="checkbox"/> CareBreeze (HMO C-SNP) | |
| | <input type="checkbox"/> CareNeeds PLUS (HMO D-SNP)* | | |

*Se requiere la elegibilidad aplicable para Medicaid

Por favor, proporcione la información de su seguro de Medicare:

Tenga a la mano su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para llenar esta sección.

- Por favor llene esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.
- O-
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare, o una copia de su carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.



MEDICARE HEALTH INSURANCE

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare): _____

Número de Medicare: _____

Tiene Derecho A: Fecha de Entrada en Vigencia:

HOSPITAL (Parte A) _____

MÉDICO (Parte B) _____

Usted tiene que tener la Parte A y la Parte B de Medicare para afiliarse a un plan Medicare Advantage.

ID. del afiliado (Para afiliados de CarePlus actuales o anteriores): _____

Apellido: _____ **Nombre:** _____ **Inicial 2do Nombre:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ (MM/DD/AAAA) **Sexo:** _____

Es importante que podamos comunicarnos con usted para proporcionarle lo necesario para estar informado y cuidar de su salud. Por favor escriba su dirección de correo electrónico y número de teléfono.

Dirección de Correo Electrónico: _____

Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted autoriza a CarePlus a enviarle información sobre su salud a tal dirección.

Número de Teléfono: _____ Casa Celular Trabajo Otro

Número de Teléfono Alterno: _____ Casa Celular Trabajo Otro

Puede haber veces en que CarePlus usará un sistema automatizado para llamarle o enviarle mensajes de texto. Cuando eso ocurra, nos aseguraremos de usar el número de teléfono que nos proporcionó.

Residencia Permanente (debe incluir su dirección residencial para confirmar su área de servicio):

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Condado:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Dirección Postal (si no coincide con su Dirección de Residencia Permanente):

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____



Por favor elija un Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés), una clínica o un centro médico:

Nombre del PCP (letra de molde): _____ N.º de ID del PCP: _____
¿Ya es paciente del PCP que seleccionó? Sí No

Pago de la prima de su plan

Si usted seleccionó un plan con una prima mensual de cero y determinamos que debe una multa por afiliación tardía (o si usted tiene actualmente una multa por afiliación tardía), necesitamos saber de qué manera prefiere pagarla. Puede pagarla cada mes por correo o por Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, por sus siglas en inglés). También puede elegir pagar su prima mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés) cada mes.

Si usted seleccionó un plan con una prima mensual, usted puede pagar esta prima (junto con cualquier multa por afiliación tardía que tenga actualmente o pueda deber) por correo o por EFT cada mes. También puede elegir pagar su prima mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB cada mes.

Si usted tiene que pagar una Cantidad de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés) de la Parte D, usted será notificado por la Administración del Seguro Social. Usted deberá pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Por lo general, la cantidad se deduce de su beneficio del Seguro Social o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). **NO le pague a CarePlus la IRMAA de la Parte D.**

Si no selecciona una opción de pago de prima, usted recibirá una factura cada mes.

Por favor seleccione una opción de pago de la prima:

Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés).

Recibo beneficios mensuales del: Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social o de la RRB puede demorar dos meses o más después de que el Seguro Social o la RRB la aprueben. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas que adeude desde la fecha de entrada en vigencia de su afiliación hasta el momento en que comienza la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por las primas mensuales.)

Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, por sus siglas en inglés) de su cuenta bancaria cada mes. Por favor adjunte un cheque ANULADO o proporcione los siguientes datos:

Por medio de la presente, autorizo a que CarePlus inicie transacciones de débito/crédito en mi cuenta corriente/de ahorros para el pago de la prima.	
<input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros	
Nombre del Titular de la Cuenta: _____	
Nombre del Banco Depositario: _____	
NÚMERO DE RUTA BANCARIA	NÚMERO DE CUENTA BANCARIA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Recibir una factura mensual

Por favor lea y conteste las siguientes preguntas importantes:

1. **Una vez afiliado, ¿tendrá otra cobertura médica?** Sí No

Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:

Nombre de la compañía aseguradora: _____

Dirección de la compañía aseguradora 1: _____

Dirección de la compañía aseguradora 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Numero de grupo: _____ Numero de identificación: _____

¿Es usted el titular principal de la póliza? Sí No

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____ Teléfono: _____ (###) ###-####

2. **Si va a tener otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) aparte de este plan que está solicitando, marque este casillero.** Tendré otra cobertura de medicamentos recetados

Por favor proporcione los detalles de su otra cobertura de medicamentos recetados a continuación (si corresponde).

Nombre de la otra cobertura: _____ Teléfono: _____ (###)###-####

N.º de identificación de esta cobertura: _____ N.º de grupo de esta cobertura: _____

3. ¿Está usted inscrito en el Programa Estatal de Medicaid? Sí No

En caso afirmativo, por favor proporcione su número de Medicaid: _____

*Se requiere la elegibilidad aplicable para Medicaid al momento de afiliarse a un plan CareNeeds PLUS

4. Si usted se está inscribiendo en CareComplete (HMO C-SNP), ¿le diagnosticaron diabetes, trastornos cardiovasculares o insuficiencia cardíaca crónica y actualmente está recibiendo el tratamiento correspondiente?

Sí No

5. Si se está inscribiendo en CareBreeze (HMO C-SNP), ¿le han diagnosticado trastorno pulmonar crónico y se encuentra bajo tratamiento? Sí No

6. ¿Usted o su cónyuge trabaja?

Sí No

7. Por favor seleccione su idioma de preferencia debajo:

Inglés Español Otro: _____

8. Si necesita información en un formato accesible, por favor seleccione una de las opciones debajo:

Audio En letra grande Pantalla accesible con lector de PDF Verbalmente por teléfono Braille

Por favor llame a Servicios para Afiliados al **1-800-794-5907 (TTY: 711)** si necesita información en un formato accesible o idioma distinto a los indicados anteriormente.

BARCODE

Por lo general, usted puede afiliarse a un plan Medicare Advantage solo durante el Período Anual de Afiliación que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay algunas excepciones que pueden permitirle afiliarse a un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Por favor lea detenidamente las declaraciones siguientes y marque el óvalo si se aplican a su situación. Al marcar cualquiera de los óvalos siguientes, está certificando que, hasta donde tiene conocimiento, usted reúne los requisitos para un Período de Afiliación. Si más adelante determinamos que esta información no es correcta, es posible que sea desafiliado.

	Código	Declaraciones del Período de Afiliación
<input type="radio"/>	NEW	Acabo de reunir los requisitos para la Parte A y/o la Parte B de Medicare (ICEP/IEP).
<input type="radio"/>	LEC	Voy a dejar la cobertura del empleador o sindicato el (incluir fecha) _____.
<input type="radio"/>	AEP	Me estoy afiliando durante el Período Anual de Afiliación.
<input type="radio"/>	CHR	Me estoy inscribiendo en un Plan de necesidades especiales para atención de afecciones crónicas (C-SNP, por sus siglas en inglés) que adapta sus beneficios a mi condición médica crónica O , luego de que me inscribí en un C-SNP, se descubrió que no tengo la condición médica por la que era elegible y, por lo tanto, debo afiliarme a otro plan.
<input type="radio"/>	CIE	Medicare (o mi estado) me inscribieron en un plan en los últimos 3 meses y deseo elegir un plan diferente.
<input type="radio"/>	DST	Fui afectado por una emergencia o un desastre declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés), o por un desastre u otra declaración de emergencia emitida por una entidad del gobierno federal, estatal o local, y por este motivo no pude utilizar otro periodo de elección disponible.
<input type="radio"/>	EXC	Ocurrió un cambio en el pago de mi Ayuda Adicional para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (adquirí Ayuda Adicional recientemente, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí Ayuda Adicional) durante los últimos 3 meses.
<input type="radio"/>	EXT	Recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no ha ocurrido un cambio. Tenga en cuenta: Solo es válido una vez por trimestre calendario desde el 1 de enero hasta el 30 de septiembre.
<input type="radio"/>	INC	Fui excarcelado durante los últimos 3 meses.
<input type="radio"/>	LAW	Se me otorgó el estado de presencia legal en Estados Unidos durante los últimos 3 meses.
<input type="radio"/>	LOC	Recientemente perdí mi cobertura acreditable de medicamentos recetados de manera involuntaria (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (incluir fecha) _____. Tenga en cuenta: Solo para planes de Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (MA-PD, por sus siglas en inglés).

Continúa en la página siguiente

	Código	Declaraciones del Período de Afiliación
<input type="radio"/>	LTC	Voy a ingresar, vivo en, o acabo de salir de un centro de cuidado a largo plazo (como, por ejemplo, un hogar de convalecientes). La fecha de ingreso/de estancia/de salida del centro es (incluir fecha) _____.
<input type="radio"/>	MCC	Ocurrió un cambio en mi Medicaid (adquirí Medicaid recientemente, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) durante los últimos 3 meses.
<input type="radio"/>	MCD	Tengo tanto Medicare como Medicaid (o recibo ayuda del estado para pagar las primas de Medicare), pero no ha ocurrido un cambio. Tenga en cuenta: Solo es válido una vez por trimestre calendario desde el 1 de enero hasta el 30 de septiembre.
<input type="radio"/>	MOV	Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual O me mudé recientemente y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (incluir fecha) _____.
<input type="radio"/>	NON	Mi plan Medicare Advantage actual no será renovado para el próximo año de contrato. Tenga en cuenta: Solo es válido desde el 8 de diciembre hasta el último día del mes de febrero del próximo año.
<input type="radio"/>	OEP	Soy afiliado de un plan de Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de Afiliación Abierta de Medicare Advantage.
<input type="radio"/>	PAC	Salí de un Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE, por sus siglas en inglés) durante los últimos 2 meses.
<input type="radio"/>	RUS	Regresé a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de los Estados Unidos durante los últimos 3 meses.
<input type="radio"/>	SNP	Seré desafiliado de un Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) debido a que perdí el estatus de necesidades especiales O me desafiliaron de un SNP durante los últimos 3 meses.
<input type="radio"/>	SPA	Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado. Tenga en cuenta: Solo para planes de Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (MA-PD, por sus siglas en inglés).
<input type="radio"/>	OTH	Ninguna de las declaraciones anteriores me corresponde. Sin embargo, creo que mis circunstancias especiales me permitirían acceder a una excepción para afiliarme (sujeto a aprobación). Explique, por favor: _____ _____ _____





Si actualmente tiene cobertura de salud a través de un empleador o de un sindicato, el afiliarse a CarePlus, podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o del sindicato. Usted podría perder su cobertura de salud del empleador o del sindicato si se afilia a CarePlus.

Por favor lea y firme en la siguiente página:

Al llenar este formulario de afiliación, manifiesto mi conformidad con lo siguiente:

- Debo mantener tanto Medicare Hospital (Parte A) como Medical (Parte B) para permanecer en CarePlus.
- Solo puedo estar en un plan Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi afiliación a este plan cancelará automáticamente la afiliación que tenga a otro plan de salud o plan de medicamentos recetados de Medicare. Por lo general, la afiliación a este plan es para todo el año.
- Una vez que me afilie, solo podré retirarme de este plan o hacer modificaciones en ciertos momentos del año cuando esté disponible un período de afiliación (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o si se presentan ciertas circunstancias especiales.
- Este plan de CarePlus ofrece atención en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio de este plan de CarePlus, deberé notificar al plan para así poder cancelar la afiliación y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Comprendo que, por lo general, las personas con Medicare no están cubiertas por Medicare mientras se encuentren fuera del país, con excepción de cobertura limitada cerca de la frontera con Estados Unidos.
- Comprendo que cuando comience mi cobertura de CarePlus, debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de CarePlus. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por CarePlus y incluidos en el documento "Evidencia de Cobertura" de CarePlus (también conocido como contrato del afiliado o acuerdo de afiliación). Ni Medicare ni CarePlus pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos. Acataré las reglas de mi "Evidencia de Cobertura". Una vez que este afiliado a CarePlus, tendré el derecho de apelar las decisiones del plan relacionadas con pagos o servicios en caso de no estar de acuerdo con ellas.
- La información contenida en esta solicitud de afiliación es correcta hasta donde tengo conocimiento. Entiendo que si intencionalmente proporciono información falsa en esta solicitud, seré desafiado del plan.

Divulgación de información: Al afiliarme a este plan Medicare Advantage, reconozco que CarePlus compartirá mi información con Medicare, quien la puede utilizar para supervisar la afiliación, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).

Declaración de la Ley de Privacidad: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recopilan información de los planes Medicare para supervisar la afiliación del beneficiario en los Planes Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés), mejorar la atención médica y pagar los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de dicha información. Es posible que CMS revele e intercambie datos de la afiliación de los beneficiarios de Medicare conforme a lo descrito en los Avisos del Sistema de Registros (SORN, por sus siglas en inglés) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", Sistema nro. 09-70-0588. **Su respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la afiliación al plan.**

He leído y comprendo la información importante en las páginas anteriores. He recibido y revisado una copia del Resumen de Beneficios.

Su Firma: _____ Fecha de Hoy: _____

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud de afiliación significa que he leído y que comprendo el contenido de esta solicitud de afiliación. Si está firmado por un representante autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada según la ley del Estado para completar esta solicitud de afiliación y 2) la documentación de esta autorización está disponible a solicitud de Medicare.

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y suministrar la siguiente información:

Apellido: _____ Nombre: _____

Relación con el Afiliado: _____ Número Telefónico: _____

Dirección: _____

**** Recuerde que se le requiere documentación legal válida de esta autoridad para poder tomar decisiones sobre el cuidado de salud o hacer preguntas relacionadas al afiliado. ****

Para ser llenado por un Agente de Ventas Autorizado de CarePlus:

Nombre del Agente de Ventas (letra de molde): _____

Firma del Agente de Ventas: _____

Dirección de correo electrónico del Agente de Ventas: _____

Número del Agente de Ventas (SAN): _____ **Fecha:** _____

Nombre del Agente de Referencia: _____ Número de Id. del Agente de Referencia: _____

PREGUNTAR AL SOLICITANTE: ¿Desea proporcionar información sobre su estatus de veterano?

Propio Cónyuge Dependiente No soy veterano Prefiero no contestar

Fuente:

Libro de cuentas Evento Mercadeo/Publicidad Tercero CarePlus

Numero de ID. del Ámbito de Citas: _____

Agentes, por favor seleccione una de las siguientes opciones para indicar el tipo de cita:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> F2F – En persona | <input type="checkbox"/> INH – Cita a domicilio | <input type="checkbox"/> SEM – Seminario (no se requiere SOA) |
| <input type="checkbox"/> TEL – Por teléfono | <input type="checkbox"/> OTH – Otro | <input type="checkbox"/> WAL – Walmart (no se requiere SOA) |
| <input type="checkbox"/> RET – Socio minorista | <input type="checkbox"/> GCW – Centro de Orientación sin turno previo | |
| <input type="checkbox"/> GCS – Seminario del Centro de Orientación (no se requiere SOA) | | |

BARCODE

