



Solicitud de Afiliación para el 2023

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



Tenga lista su tarjeta de Medicare

Por favor escriba claramente con letra de molde este formulario y complételo en su totalidad. Escriba la información exactamente como aparece en su tarjeta de Medicare. **Cada persona que envíe una solicitud debe completar un formulario separado.**

Tenga en cuenta: Todos los campos en **rojo** son obligatorios. Los campos que no son obligatorios son opcionales. No se le puede denegar la cobertura si no los completa.



Firme y feche la Solicitud de Afiliación

Este formulario no estará completo hasta que usted lo firme.

Si usted no completa y devuelve este formulario a tiempo, es posible que tengamos que denegarle la afiliación. Si alguien está autorizado a completar este formulario por usted, esta persona debe firmarlo. Esta persona debe presentar la prueba legal de su autorización si se le solicita.



Por favor no envíe múltiples formularios de afiliación 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 la solicitud de afiliación en su totalidad para asegurarse de que entiende la información proporcionada.

Personas que no tienen una vivienda:

Si usted quiere unirse a un plan pero no tiene una residencia permanente, un apartado de correos, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde usted recibe correos (por ejemplo, cheques del seguro social) se puede considerar su dirección de residencia permanente.



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

**CarePlus Enrollment Forms
PO Box 14733
Lexington, KY 40512-4642**



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

1-855-819-8679

Nota: Por favor utilice la portada de fax que se encuentra al reverso de esta página.



Portada de Fax

Fecha: _____

Para: **Departamento de Afiliación de CarePlus**

Número 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: _____

Número de Fax: _____

***** Antes de enviar por fax este formulario de afiliación, por favor asegúrese de que todos los campos obligatorios (en rojo) estén completos de forma clara y legible *****

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.

PO 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, origen étnico, estado civil, religión o idioma. La discriminación es contra la ley. CarePlus cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que CarePlus le ha discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal, a:
CarePlus Health Plans, Inc. Atención: Grievances and Appeals department.
PO Box 277810, Miramar, FL 33027.
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame a Servicios para Afiliados al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. 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 el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través de su Portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o 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 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.



Encarte multilingüe

Servicios de intérprete en múltiples idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-794-5907 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-800-794-5907 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 1-800-794-5907 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-794-5907 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-794-5907 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-794-5907 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-794-5907 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다 .

통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-794-5907 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오 . 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다 . 이 서비스는 무료로 운영됩니다 .

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-794-5907 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (برقياً: 1-800-794-5907 (711)). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه هي خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-794-5907 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिंदी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-794-5907 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-794-5907 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-794-5907 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-794-5907 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-794-5907 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

CP REV 7.14.22

Por favor comuníquese con CarePlus si necesita información en otro idioma o formato.

Selección del plan (tenga en cuenta que no todos los planes están disponibles en todos los mercados)

Elija una sola opción:

<input type="checkbox"/> CareOne Plus (HMO)	<input type="checkbox"/> CareOne Plus (HMO-POS)	<input type="checkbox"/> CareFree (HMO)
<input type="checkbox"/> CareFree Platinum (HMO)	<input type="checkbox"/> CareOne Platinum (HMO)	<input type="checkbox"/> CareOne Platinum (HMO-POS)
<input type="checkbox"/> CareComplete (HMO C-SNP)**	<input type="checkbox"/> CareComplete Platinum (HMO C-SNP)**	<input type="checkbox"/> CareComplete Platinum (HMO-POS C-SNP)**
<input type="checkbox"/> CareBreeze (HMO C-SNP)**	<input type="checkbox"/> CareBreeze Platinum (HMO C-SNP)**	<input type="checkbox"/> CareBreeze Platinum (HMO-POS C-SNP)**
<input type="checkbox"/> CareSalute (HMO)	<input type="checkbox"/> CareSalute (HMO-POS)	<input type="checkbox"/> CareNeeds Plus (HMO D-SNP)*

*Se requiere la elegibilidad aplicable para Medicaid **Se requiere padecer de enfermedad(es) crónica(s) que califique(n)

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 Alternativo: _____ 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 (SOLO se permite el apartado de correos si la persona no tiene una vivienda)

Dirección: _____

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

Dirección Postal (si no coincide con su 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 de este médico de atención primaria (PCP)? Sí No

Pago de la prima de su plan

Si usted seleccionó un plan con una prima de \$0 y debe una multa por afiliación tardía, puede pagar por correo o transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés) todos los meses. Usted 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) todos los meses.

Si usted seleccionó un plan con una prima mensual, puede pagar esta prima (y cualquier multa por afiliación tardía) por correo o EFT todos los meses. Usted también puede pagar su prima mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB, todos los meses.

Si usted tiene que pagar una Cantidad de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés) de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. 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

NOTA: Debido a los plazos para procesar que necesita Medicare, su deducción del Seguro Social o RRB puede ser denegada para su primer pago de la prima. CarePlus le enviará una factura impresa para el pago inicial y volverá a enviar su solicitud a Medicare para que la deducción del Seguro Social o RRB comience con la prima de su segundo mes. La deducción puede tomar dos o más cheques de beneficio antes de comenzar. En la mayoría de los casos, si la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) o RRB aceptan su solicitud para la deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficio comenzará el mes en el que la SSA acepte su solicitud. Si la SSA o RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus 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:

Autorizo a CarePlus a procesar los pagos de la prima (y cualquier multa por afiliación tardía) de la siguiente cuenta.

Corriente Ahorros

Nombre del Titular de la Cuenta: _____

Nombre del Banco Depositario: _____

NÚMERO DE RUTA BANCARIA

NÚMERO DE CUENTA BANCARIA

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: _____

Número de grupo para esta cobertura: _____ Número de ID para esta cobertura: _____

¿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 o TRICARE) adicional a este plan, 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 (HMO D-SNP)

4. Si usted se está inscribiendo en CareComplete (HMO C-SNP), CareComplete Platinum (HMO C-SNP) o CareComplete Platinum (HMO POS 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), CareBreeze Platinum (HMO C-SNP) o CareBreeze Platinum (HMO POS 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.

9. ¿Tiene usted ascendencia hispana, latina o española? Seleccione todas las opciones que correspondan.

No, no tengo ascendencia hispana, latina o española Sí, mexicana, mexico-estadounidense, chicana

Sí, puertorriqueña Sí, cubana

Sí, otra ascendencia hispana, latina o española Prefiero no responder

10. ¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

Indio americano o nativo de Alaska Indio asiático Negro o Afroamericano Chino

Filipino Guameño o Chamorro Japonés Coreano Hawaiano nativo

Otra raza asiática Otra raza de las islas del Pacífico Samoano Vietnamita Blanco

Prefiero no responder

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 desafiado.

	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 víctima de una emergencia o un desastre importante (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA, por sus siglas en inglés] o por una entidad gubernamental local, estatal o federal. Una de las demás afirmaciones incluidas en el presente documento correspondía en mi caso, pero no pude llevar a cabo mi solicitud de afiliación debido al desastre. Periodo de elección perdido: _____ Emergencia o desastre vivido: _____
<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.

Continúa en la página siguiente

	Código	Declaraciones del Período de Afiliación
<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).
<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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> me desafiliaron de un SNP durante los últimos 3 meses.
<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 la Parte A (Hospitalaria de Medicare) como la Parte B (Médica) para permanecer en CarePlus.
- Entiendo que me puedo afiliar a un solo plan de Medicare Advantage (MA) o de la Parte D a la vez, y que la afiliación a este plan finalizará automáticamente mi afiliación a otro plan de MA o de la Parte D (las excepciones aplican a los planes MA PFFS y MA MSA).
- 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 opera en un área de servicio específica. Si me mudo del área en la que opera CarePlus tendré que notificar a CarePlus para poder cancelar mi afiliación y encontrar un plan nuevo.
- Comprendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas bajo Medicare mientras se encuentren fuera del país, excepto por la cobertura limitada cerca de la frontera de los 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 e 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 esté 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 desafiliado 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: _____

**** Tenga en cuenta que es necesario presentar documentación legal válida de esta autorización para tomar decisiones o realizar consultas sobre el cuidado de la salud del afiliado. ****

Para uso interno por un agente de ventas certificado 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 seleccionen 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 cita previa | |
| <input type="checkbox"/> GCS – Seminario del Centro de Orientación (no se requiere SOA) | | |

