

Si necesita información en algún otro idioma o formato (Braille), por favor comuníquese con CCHP.

Para inscribirse en CCHP, por favor proporcione la siguiente información:

Por favor, marque el plan en el cual quiere inscribirse:

CCHP Senior Program (HMO) \$35.00 por mes
 Opcional plan de dental \$14.60 por mes

CCHP Senior Select Program (HMO SNP) \$0 por mes

APELLIDO	NOMBRE	Inicial del segundo nombre	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
----------	--------	----------------------------	---

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (MM/DD/AAAA)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono de la casa ()	Número de teléfono alternativo: ()
--	--	--------------------------------------	---

Dirección de residencia permanente (no se permiten apartados postales):

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Dirección de correo (sólo si es diferente a la dirección de residencia permanente):

Calle:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
--------	---------	---------	----------------

Contacto de emergencia:	Número de teléfono	Relación o parentesco con usted:
--------------------------------	---------------------------	---

Dirección de correo electrónico:

Por favor, proporcione información sobre su seguro de Medicare

Por favor, saque su tarjeta de Medicare para completar esta sección.

- Por favor, complete los espacios en blanco de manera que concuerden con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.
- O -
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Usted debe tener las Partes A y B de Medicare para inscribirse en un plan de Medicare Advantage.

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) MUESTRA SOLAMENTE	
Nombre: _____	Sexo _____
Número de reclamación de Medicare _____	
Tiene derecho a	Fecha de vigencia
HOSPITAL (Parte A) _____	
SERVICIOS MÉDICOS (Parte B) _____	

Pago de la prima del plan

Usted puede pagar la prima mensual del plan (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía que usted deba) por correo o transferencia electrónica de fondos (EFT) cada mes. También puede seleccionar pagar su prima con una deducción automática mensual de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Si se determina que tiene que pagar una cantidad ajustada mensual de la Parte D debido a su ingreso, será notificado(a) por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Usted puede seleccionar pagar su prima con una deducción automática mensual de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario. NO pague la cantidad adicional de la Parte D-IRMAA a CCHP.

Personas con ingresos limitados pueden calificar para ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar 75% o más de los costos de sus medicamentos incluyendo primas por recetas médicas mensuales, deducibles anuales y coseguro. Además, aquellos que califican no tienen período sin cobertura o multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y no lo saben. Para más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778. También puede aplicar para la ayuda adicional a través del sitio de Internet www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si usted califica para ayuda adicional de Medicare con los costos de cobertura de sus medicamentos recetados, Medicare le pagará todo o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga sólo una parte de esta prima, nosotros le enviaremos la factura por la cantidad que no cubre Medicare.

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

Por favor, seleccione una opción para el pago de la prima del plan:

Recibir una factura cada mes.

Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta de banco cada mes. Por favor, adjunte un cheque CANCELADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del dueño de la cuenta: _____

Número de ruta del banco: _____ Número de cuenta del banco: _____

Tipo de cuenta: Cheques Ahorros

Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario. (Puede tomar dos meses o más para comenzar la deducción después que el Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario aprueba la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario incluirá todas las primas que deba de su inscripción desde la fecha que entra en vigencia hasta que comience la retención. Si el Seguro Social/la Junta de Retiro Ferroviario no aprueba su solicitud para deducción automática, le enviaremos una factura por su prima mensual.)

Por favor, lea y responda estas importantes preguntas:

1. ¿Tiene usted la Enfermedad Renal Terminal? Sí No

Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso y/o si ya no necesita diálisis en forma regular, **por favor adjunte una nota o registros** de su doctor que muestren que su trasplante de riñón fue exitoso o que usted ya no necesita diálisis, de lo contrario es posible que tengamos que comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluyendo seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios médicos de empleados federales, beneficios para veteranos (VA) o programas estatales de ayuda farmacéutica.

¿Va a tener otra cobertura de medicamentos recetados además este plan? Sí No

Si la respuesta es "Sí", por favor, haga una lista de sus otras coberturas y el (los) número(s) de identificación para la(s) cobertura(s):

Nombre de la otra cobertura: _____ Número de identificación de la cobertura: _____ Número de grupo de la cobertura _____

3. ¿Es usted residente de una institución de cuidados a largo plazo, como un asilo de ancianos? Sí No

Si respondió "Sí", por favor proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección y número de teléfono de la institución (número y nombre de la calle): _____

4. ¿Está inscrito en un programa estatal de Medicaid? Sí No

Si respondió "Sí", por favor proporcione su número de Medicaid: _____

CCHP verificará su cobertura de Medicaid. Para ser elegible para CCHP Senior Select (HMO SNP), usted debe tener cero costo compartido, Medicaid completo.

5. ¿Trabaja usted o su esposo(a)? Sí No

Por favor, seleccione el nombre de un médico de cuidado primario, clínica o centro de salud:

Por favor, marque una de las casillas/opciones a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea el inglés o en otro formato:

___ Chino

___ Letras grandes

Por favor, comuníquese con CCHP al 415-955-8800 si necesita información en otro formato o idioma además de los que se incluyeron anteriormente. Nuestro horario de atención es 7 días a la semana, 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-681-8898.



Por favor, lea esta información importante

Si actualmente tiene cobertura médica por parte de un empleador o sindicato, el inscribirse en el plan de Medicare Advantage puede afectar los beneficios médicos de su empleador o sindicato. Usted puede perder la cobertura médica de su empleador o sindicato al ingresar al plan de Medicare Advantage. Lea las comunicaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web, o comuníquese con la oficina que aparece en sus comunicaciones. Si no hay información sobre con quién comunicarse, el administrador de sus beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudar.

Por favor, lea y firme a continuación

Nota: “Plan” se refiere a Medicare Plan de salud que ha seleccionado en la pagina 1 de la solicitud de inscripción.

Al completar esta aplicación de inscripción, estoy de acuerdo con lo siguiente:

Este plan es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Voy a tener que mantener la cobertura de las Partes A y B de Medicare. Solamente puedo estar en un solo plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan automáticamente termina mi inscripción en otro plan médico o plan de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informarles acerca de cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga ahora o que pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan, por lo general, es por todo el año. Una vez que me inscriba, puedo salir de este plan o hacer cambios si el período de inscripción está disponible (por ejemplo, durante el Período de Inscripción Anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

Este plan proporciona servicio a un área específica. Si me mudo fuera del área en la cual este plan proporciona servicio, necesito notificar al plan de manera que pueda darme de baja y encontrar un nuevo plan en el área nueva. Desde el momento en que sea miembro del plan, tengo el derecho de apelar cualquier decisión del plan sobre pagos o servicios, si estoy en desacuerdo. Leeré el documento de la Evidencia de Cobertura de este plan cuando lo reciba para saber cuáles reglas debo seguir para obtener cobertura con este plan de Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare por lo general no tienen cobertura de Medicare cuando están fuera del país excepto por cobertura limitada cerca de la frontera de Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura del plan, debo obtener todos mi atención médica de este plan excepto en casos de emergencia o cuando necesite servicios de urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por el plan y otros servicios incluidos en mi documento de Evidencia de Cobertura del plan (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscriptor) tendrán cobertura. Sin autorización, **NI MEDICARE NI PLAN PAGARÁ LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si estoy recibiendo asistencia de algún agente de ventas, agente de seguros o cualquier otra persona empleada por o contratada por CCHP, él/ella puede recibir pagos basados en mi inscripción en CCHP.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan médico de Medicare, entiendo que CCHP dará a conocer mi información a Medicare y a otros planes en caso de que sea necesario debido a tratamiento, pagos y servicios médicos. También, entiendo que el plan dará a conocer mi información incluyendo datos sobre mis medicamentos recetados a Medicare, quien puede darla a conocer para estudios y otros propósitos que sigan todos los estatutos y reglamentos federales que apliquen. La información en este formulario de inscripción es correcta hasta donde tengo conocimiento. Entiendo que si, de manera intencional, proporciono información falsa

en este formulario, se me dará de baja del plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre de acuerdo a la ley del estado en el que vivo) en esta aplicación significa que he leído y entendido el contenido de esta aplicación. Si lo firma una persona autorizada (tal como se explicó antes), esta firma certifica que: 1) Esta persona está autorizada bajo la ley del estado a completar esta inscripción y 2) los documentos de esta autorización están disponibles en Medicare, si se solicitan.

Firma:

Fecha de hoy:

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (____) ____ - _____

Parentesco con la persona inscrita _____

Office Use Only (Sólo para uso de la oficina):

Name of staff member/agent/broker (if assisted in enrollment): _____

Plan ID #: ____001 ____005 ____006

Effective Date of Coverage: _____

ICEP/IEP: ____ AEP: ____ SEP (type): ____ Not Eligible: ____

SEP: U-Dual Eligible/LIS ____ V-Permanent Move ____ W-EGHP ____ S-Other ____

Member ID#: _____