



Puede pagar la prima de su plan cada mes por correo o Transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés). También puede optar por pagar su prima cada mes mediante una deducción automática del cheque de su beneficio del Seguro Social.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para asistencia adicional con el pago de sus costos de recetas médicas. Si califica, Medicare podría pagar un 75% o más de sus costos de medicamentos, incluyendo las primas mensuales de recetas médicas, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, los que califiquen no estarán sujetos al intervalo de cobertura ni a un recargo por inscripción tardía. Muchas personas califican para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para mayor información sobre esta asistencia adicional, comuníquese a la oficina del Seguro Social en su área o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar ayuda adicional en línea en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si califica para asistencia adicional con sus costos por la cobertura de Medicare para recetas médicas, Medicare paga toda o una parte de la prima de su plan. Si Medicare paga sólo una parte de esta prima, le cobraremos el monto que Medicare no cubra.

Si no escoge una opción de pago, recibirá una libreta de cupones de pago.

### Favor de escoger una opción para pagar la prima:

Deducción automática del cheque de su mensualidad del Seguro Social. (La deducción del Seguro Social puede tardar dos meses o más para empezar. En la mayoría de los casos, la primera deducción de su mensualidad del Seguro Social incluye todas las primas a pagar desde la fecha de vigencia de la inscripción hasta la fecha en que empieza la deducción).

Recibir una libreta de cupones de pago

Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria cada mes. Favor de adjuntar un cheque NULO o proporcionar los siguientes datos:

Nombre del titular de la cuenta \_\_\_\_\_

Nº de identificación del banco \_\_\_\_\_ Nº de la cuenta bancaria \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta:  Cheques  Ahorros

### FAVOR DE LEER Y CONTESTAR ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES

1. ¿Tiene Insuficiencia renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)?  Sí  No  
Si contestó "sí" a esta pregunta y ya no necesita diálisis con regularidad o si salió bien de un trasplante renal que tuvo, **por favor adjunte una nota o el expediente** de su doctor para mostrar que no necesita diálisis o que salió bien el trasplante renal.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos incluyendo otro seguro privado, TRICARE, cobertura del plan Beneficios médicos para empleados federales, beneficios de la VA, o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura para recetas médicas aparte de Physicians Health Choice?  Sí  No  
Si señala "sí", incluya el nombre de su otra cobertura y su o sus números de identificación (ID) para la misma:

Nombre de otra cobertura \_\_\_\_\_ Nº identificación de la misma \_\_\_\_\_ Nº de grupo de la misma \_\_\_\_\_

3. ¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como un asilo de adultos mayores?  Sí  No  
Si señala "sí", por favor incluya los siguientes datos:

Nombre de la institución \_\_\_\_\_

Dirección y número telefónico de la institución (número y calle) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

4. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado?  Sí  No  
Si señala "sí", incluya su número de Medicaid

5. ¿Trabaja usted o su cónyuge?  Sí  No

6. Los solicitantes del plan Wellness deben tener una de las siguientes condiciones crónicas.  
Señale todo lo que aplique:  
 Diabetes  Insuficiencia cardiaca congestiva (CHF, por sus siglas en inglés)

Por favor escoja el nombre de un Médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés), clínica o centro de salud:

Nombre

Número DEC

**Por favor señale la casilla de más abajo si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en otro formato:**

- Español  
 Letras grandes

*Favor de comunicarse con Physicians Health Choice al 1-866-550-4736 si necesita información en otro formato o idioma diferente a lo indicado arriba. Nuestro horario hábil es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.; los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-858-0659.*



### **PRESTE ATENCIÓN. FAVOR DE LEER ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE**

**Si actualmente tiene cobertura médica de un empleador o sindicato, su inscripción en Physicians Health Choice podría afectar sus beneficios bajo esa cobertura.** *Usted podría perder la cobertura médica de su empleador o sindicato si se inscribe en Physicians Health Choice. Lea las comunicaciones que le envíe su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite el sitio Web o comuníquese con la oficina indicada en las comunicaciones. Si no encuentra información de contacto, le puede ayudar su administrador de beneficios o la oficina que conteste preguntas sobre su cobertura.*

### **FAVOR DE LEER Y FIRMAR**

**Al llenar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:**

Physicians Health Choice es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Necesito conservar mi Medicare Partes A y B. Puedo participar sólo en un plan Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan automáticamente cancela mi inscripción en otro plan médico de Medicare o plan para recetas médicas. Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura para recetas médicas que tengo o pueda tener en un futuro. Entiendo que si no tengo la cobertura de Medicare para recetas médicas, o cobertura acreditada para recetas médicas (tan beneficiosa como la de Medicare), posiblemente tenga que pagar un recargo por inscripción tardía si en el futuro me inscribo en la cobertura de Medicare para recetas médicas. La inscripción en este plan generalmente es para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo salirme de este plan o hacer cambios sólo en ciertas fechas del año cuando se ofrece el período de inscripción (Ejemplo: del 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

## FAVOR DE LEER Y FIRMAR

Physicians Health Choice atiende a un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio de Physicians Health Choice, necesito avisarle al plan para cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea integrante de Physicians Health Choice, tengo derecho a apelar decisiones que el plan tome sobre pagos o servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento Evidencia de cobertura de Physicians Health Choice cuando lo reciba para saber cuáles reglas debo seguir para recibir cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que Medicare normalmente no cubre a las personas que tienen Medicare cuando están fuera del país, salvo la cobertura limitada cerca de la frontera con Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en que inicie la cobertura de Physicians Health Choice, debo recibir todos mis cuidados médicos de Physicians Health Choice, salvo los de emergencia o urgentemente necesarios o los de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios autorizados por Physicians Health Choice y otros servicios incluidos en mi documento Evidencia de cobertura de Physicians Health Choice (éste también se conoce como Contrato de integrante o Contrato de suscriptor). Sin esta autorización, NI MEDICARE NI PHYSICIANS HEALTH CHOICE PAGARÁ LOS SERVICIOS.

Entiendo que si me ayuda un agente de ventas, corredor u otro individuo empleado o contratado por Physicians Health Choice, esta persona puede recibir una remuneración proporcional a mi inscripción en Physicians Health Choice.

**Divulgación de información:** Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que Physicians Health Choice divulgará, en su caso, mis datos a Medicare y a otros planes para propósitos de tratamiento, pagos y atención médica. Reconozco además que Physicians Health Choice divulgará mis datos, incluso información sobre la actividad relacionada con mis recetas médicas, a Medicare, y que Medicare puede divulgarlos para propósitos de investigación y otros que sigan todas las leyes y reglamentos federales correspondientes. La información en este formulario de inscripción es la correcta a mi mejor saber y entender. Entiendo que si a propósito presento datos falsos en este formulario, cancelarán mi inscripción en el plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para representarme bajo las leyes del estado donde resido) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de la solicitud. Si la firma una persona autorizada (como se describe anteriormente), su firma certifica que: 1) esta persona está autorizada bajo ley estatal para llenar esta solicitud de inscripción y 2) la documentación de esta autorización está disponible a solicitud de Physicians Health Choice o Medicare.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y prestar los siguientes datos:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número telefónico (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relación con el integrante \_\_\_\_\_

## USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Nombre del personal/agente/corredor (que ayudó al integrante) \_\_\_\_\_ del rep. \_\_\_\_\_ No. ID \_\_\_\_\_

No. ID del plan \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia de la cobertura \_\_\_\_\_

ICEP/IEP \_\_\_\_\_ OEP \_\_\_\_\_ AEP \_\_\_\_\_ SEP (tipo) \_\_\_\_\_ No califica \_\_\_\_\_

**Generalmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el período de inscripción anual entre el 15 de noviembre y el 31 de diciembre cada año. Además, puede entrar a un plan Medicare Advantage durante el período de inscripción entre el 1 de enero y el 31 de marzo cada año, siempre y cuando no agregue o cancele su cobertura para recetas médicas** (es decir, si tiene cobertura de Medicare para recetas médicas, puede cambiarse sólo a otro plan que tenga cobertura para recetas médicas; si no la tiene, puede cambiarse sólo a otro plan que no tenga la cobertura de Medicare para recetas médicas). Además, existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage en una fecha fuera de estos períodos.

Por favor lea las siguientes declaraciones con cuidado y señale la casilla de la o las declaraciones que le correspondan a usted. Al señalar cualquiera de las casillas siguientes, usted está certificando que, a su mejor saber y entender, califica para un Período de inscripción. Si después determinamos que esta información no es la correcta, se puede cancelar su inscripción.

- Soy integrante nuevo de Medicare.
- Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o hace poco me mudé y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (indicar la fecha) \_\_\_\_\_.
- Tengo Medicare y Medicaid, o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare.
- Recibo asistencia adicional que paga la cobertura de Medicare para recetas médicas.
- Ya no califico para asistencia adicional que pague mi Medicare para recetas médicas. Dejé de recibir asistencia adicional el (indicar la fecha) \_\_\_\_\_.
- Me voy a mudar, vivo en o hace poco me mudé de un Centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un asilo de ancianos o centro de atención a largo plazo). Me mudé o me voy a mudar al centro o me voy a mudar del centro el (indicar la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente me salí de un programa PACE, el (indicar la fecha) \_\_\_\_\_.
- Hace poco involuntariamente perdí mi cobertura acreditada para recetas médicas (cobertura como la de Medicare). Perdí la cobertura de mis medicamentos el (indicar la fecha) \_\_\_\_\_.
- Voy a dejar la cobertura de un empleador o sindicato el (indicar la fecha) \_\_\_\_\_.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica que mi estado presta.
- Hace poco regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país. Regresé a Estados Unidos el (indicar la fecha) \_\_\_\_\_.
- Ninguna de las declaraciones anteriores me corresponde.\*

\*Por favor comuníquese con Physicians Health Choice al 1-866-550-4736 (usuarios de TTY deben llamar al 1-866-858-0659) para ver si califica para inscribirse. Abrimos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.