



# Formulario de inscripción individual en el Plan de Medicamentos Recetados de EmblemHealth Medicare

Contacte a EmblemHealth si necesita información en otro idioma o formato.

Para inscribirse, proporcione la siguiente información:

**Nota para el solicitante:** Para obtener más información sobre el área de servicio y las primas de los Planes de Medicamentos Recetados de EmblemHealth Medicare disponibles para usted, consulte el Resumen de beneficios.

**Marque el plan en el que desea inscribirse:**

EmblemHealth VIP Rx (PDP)

EmblemHealth VIP Rx Plus (PDP)

APELLIDO:		NOMBRE:		Inicial del segundo nombre:		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	
Fecha de nacimiento: ____/____/____		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Número de teléfono residencial: ( ) ____ - ____		Número de teléfono celular: ( ) ____ - ____	
<b>Dirección de correo electrónico:</b>							
<b>Dirección de residencia permanente (No PO Box):</b>							
Ciudad:			Estado:			Código postal:	
<b>Dirección postal (solo si es distinta a la indicada anteriormente):</b>							
Ciudad:			Estado:			Código postal:	
<b>Contacto de urgencia:</b>			<b>Número de teléfono:</b>			<b>Relación con usted:</b>	

Proporcione su información sobre el seguro médico Medicare

Tenga a mano su tarjeta Medicare roja, blanca y azul para completar esta sección.

- Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.

- 0 -

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios.

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare):  
\_\_\_\_\_

Número de Medicare: \_\_\_\_\_

Tiene derecho a: \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_

HOSPITAL (Parte A): \_\_\_\_\_

MÉDICA (Parte B): \_\_\_\_\_

Debe tener cobertura de Medicare Parte A y/o Parte B para inscribirse en un plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

## Cómo pagar la prima de su plan

**Usted puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que pueda adeudar) por correo postal o puede visitar [emblemhealth.com/medicare](http://emblemhealth.com/medicare) para conocer opciones de pago adicionales. También puede pagar su prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB, siglas en inglés) cada mes. Si se le impone una cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D, la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) le notificará. Será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. La cantidad se le descontará de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, o bien Medicare se la facturará directamente. **NO pague el monto adicional de la Parte D-IRMAA a EmblemHealth.****

(La deducción del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios podría tardar dos meses o más en comenzar. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios incluirá todas las primas que deba desde la fecha de su inscripción hasta el punto en que comiencen a descontarse. Si el Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar un 75 % o más de sus costos de medicamentos, lo que incluye las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y los coseguros. Además, aquellas personas que califiquen para este programa no estarán afectadas por la interrupción de la cobertura ni deberán pagar una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para este programa de ahorros y no lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al **800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **800-325-0778**. También puede solicitar ayuda adicional en línea en [socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://socialsecurity.gov/prescriptionhelp). Si usted califica para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, es posible que Medicare cubra la prima de su plan de forma total o parcial. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos la cantidad que Medicare no cubre. **Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.**

**¿Le gustaría que la prima para este plan se deduzca de su cheque de beneficios de la SSA o RRB?**  Sí  No

Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB

### Lea y conteste estas preguntas importantes:

1. Algunas personas podrían tener otra cobertura de medicamentos, como otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés) o programas de asistencia farmacéutica estatales.

¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos recetados, además de este plan?  Sí  No

Si la respuesta es "sí", ingrese el nombre de su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación:

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_ N.º de id. de esta cobertura: \_\_\_\_\_ N.º de grupo de esta cobertura: \_\_\_\_\_

2. ¿Reside en un centro de cuidados a largo plazo, como un asilo?  Sí  No

Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información: Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle): \_\_\_\_\_

**Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible:**  Español  Chino  Letra grande

**Comuníquese con EmblemHealth al 800-447-9169, TTY: 711, de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, si necesita información en un formato accesible o en un idioma diferente de los que figuran arriba.**

**Por lo general, puede inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare solo durante el período de inscripción anual, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.** Además, existen excepciones que pueden permitirle que se inscriba en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare fuera del período de inscripción anual. Lea las siguientes declaraciones detenidamente y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica, según su mejor entender, que es elegible para un período de inscripción. Si más tarde determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- Voy a inscribirme durante el período de inscripción anual (AEP, por sus siglas en inglés) entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.
- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero efectuar un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP, por sus siglas en inglés).
- Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual, o hace poco me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.
- Hace poco salí de prisión. Me liberaron el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.
- Recientemente, regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos. Regresé a los Estados Unidos el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.
- Recientemente, obtuve la residencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.
- Recientemente, tuve un cambio en mi Medicaid (hace poco tengo Medicaid, tuve un cambio de nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.
- Recientemente, tuve un cambio en la Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (hace poco tengo Ayuda Adicional, tuve un cambio de nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido cambios.
- Me mudaré a, vivo en o hace poco me fui de un centro de cuidados a largo plazo (por ejemplo, hogar de ancianos o centro de cuidados a largo plazo). Me mudé al/me mudaré al/me fui del centro el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.
- Recientemente, dejé un programa PACE el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.
- Recientemente, perdí de manera involuntaria mi cobertura de medicamentos recetados acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.
- Dejaré la cobertura del empleador o sindicato el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.
- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacias provisto por mi estado.
- Mi plan va a terminar su contrato con Medicare, o Medicare va a terminar su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.
- Fui afectado por una emergencia climática o catástrofe importante (según lo declaró la Agencia Federal para la Gestión de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA]). Una de las otras declaraciones expresadas aquí corresponde a mi caso, pero no pude inscribirme debido a una catástrofe natural.
- Ninguna de estas declaraciones se aplica a mi caso.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso, o si no está seguro, comuníquese con EmblemHealth al **800-447-9169**, TTY: **711**, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, a fin de ver si es elegible para inscribirse.



Lea la siguiente información importante

**Si es miembro de un Plan Medicare Advantage** (como un plan HMO o PPO), es posible que el Plan Medicare Advantage ya le proporcione una cobertura de medicamentos recetados que satisfaga sus necesidades. Al incorporarse a este plan de medicamentos de Medicare, puede que termine su membresía del Plan Medicare Advantage. Esto afectará su cobertura tanto de médicos como de hospitales, así como su cobertura de medicamentos recetados. Lea la información que le envía su Plan Medicare Advantage y, si tiene preguntas, comuníquese con su Plan Medicare Advantage.

**Si actualmente cuenta con una cobertura de salud provista por un empleador o sindicato, el hecho de inscribirse en este plan podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato.** Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en este plan. Lea las comunicaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite sus sitios web o póngase en contacto con la oficina que se menciona en las comunicaciones. Si no hay ningún dato de alguien a quien contactar, el administrador de sus beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura puede ayudarle.

Lea y firme a continuación

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

Los planes EmblemHealth Medicare son planes de medicamentos recetados de Medicare Advantage y tienen un contrato con el gobierno federal. Entiendo que esta cobertura de medicamentos recetados es adicional a mi cobertura de Medicare; por lo tanto, deberé conservar mi cobertura de Medicare Parte A o Medicare Parte B. Es mi responsabilidad informarles a ustedes sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda tener en el futuro. Solo puedo estar en un plan de medicamentos recetados de Medicare a la vez. Si estoy actualmente en un Plan de Medicamentos Recetados Medicare, mi inscripción en este plan pondrá fin a esa inscripción.

Por lo general, la inscripción en este plan es para todo el año. Una vez inscrito, puedo dejar este plan o hacer cambios si hay un período de inscripción disponible, por lo general, durante el período de inscripción anual (15 de octubre al 7 de diciembre), a menos que califique debido a ciertas circunstancias especiales.

EmblemHealth Medicare brinda servicios en un área de cobertura específica. Si me mudo fuera del área de cobertura de estos planes, debo notificar al plan para así poder cancelar la inscripción y encontrar otro plan en mi nueva área. Entiendo que debo usar las farmacias de la red, excepto en casos de emergencia cuando, de manera razonable, no pueda usar las farmacias de la red de EmblemHealth. Una vez que sea miembro de este plan, tengo el derecho de apelar las decisiones del plan acerca de pagos y/o servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de cobertura de EmblemHealth Medicare cuando lo reciba para conocer las reglas que debo seguir a fin de recibir cobertura.

Entiendo que si dejo este plan y no tengo ni obtengo otra cobertura de medicamentos recetados de Medicare o una cobertura acreditable de medicamentos recetados (tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía además de la prima de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro.

Entiendo que si recibo asistencia por parte de un agente de ventas, corredor u otro individuo que trabaje o tenga contrato con EmblemHealth, es posible que dicho individuo reciba un pago en función de mi inscripción en un plan EmblemHealth Medicare.

Entiendo que los números de teléfono y/o el correo electrónico que proporcioné en esta solicitud pueden ser usados por EmblemHealth o cualquiera de las partes contratadas para contactarme por temas relacionados con mi cuenta, mi plan de beneficios de salud o programas relacionados, o por servicios que me brindaron.

Es posible que existan servicios de orientación disponibles en mi estado para proporcionar información sobre el seguro suplementario de Medicare u otras opciones de Planes Medicare Advantage o Planes de Medicamentos Recetados, ayuda médica a través del programa estatal Medicaid y el Programa de Ahorros de Medicare.

**Divulgación de información:** Al unirme a este plan de medicamentos recetados de Medicare, reconozco que EmblemHealth Medicare revelará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Reconozco también que EmblemHealth revelará mi información a Medicare, incluyendo mis datos de medicamentos recetados, y que Medicare puede revelarla con fines de investigación y otros motivos que cumplan con todas las leyes y regulaciones federales aplicables. La información contenida en este formulario de inscripción es correcta según mi conocimiento. Comprendo que si proporciono información falsa intencionadamente en este formulario, se cancelará mi inscripción a este plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta. Si lo firma una persona autorizada (como se describe arriba), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada bajo la ley estatal para completar esta inscripción y 2) la documentación de dicha autorización está disponible si se solicita a Medicare.

**Su firma:**

**Fecha de entrada en vigencia propuesta:**

**Fecha de hoy:**

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

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Relación con la persona inscrita:** \_\_\_\_\_

Para uso de la empresa únicamente

Firma del corredor/agente/miembro del personal: \_\_\_\_\_ N.º de id. del corredor/agente: \_\_\_\_\_

Fecha de aceptación: \_\_\_\_\_ Código fuente: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

**Período de elección:** ICEP/IEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ SEP (tipo): \_\_\_\_\_

Alcance de la cita (obligatorio si no se trata de un seminario):  Sí es un seminario  No es un seminario

**Envíe el formulario completado por fax o correo postal (5 pág.) a:**

EmblemHealth Medicare  
P.O. Box 4001  
Farmington, CT 06034-9900  
Fax: 1-866-890-7722

Group Health Incorporated (GHI) es un plan de medicamentos con receta independiente que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en GHI depende de la renovación del contrato. GHI es una empresa de EmblemHealth. ATTENTION: If you speak other languages, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 877-411-3625 (TTY/TDD: 711). ATENCIÓN: Si usted habla otros idiomas, tiene a su disposición, gratis, servicios de ayuda para idiomas. Llame al 877-411-3625 (TTY/TDD: 711).