

Amerivantage Dual Coordination (HMO SNP)

Formulario de Solicitud de Inscripción Individual — 2019

Asegúrese de completar todo el formulario de inscripción. Luego, envíe por correo el formulario completo a **P.O. Box 659403 San Antonio TX, 78265-9714** o envíe por fax el formulario completo al **1-800-833-8554**. También puede inscribirse en línea en <https://shop.amerigroup.com/medicare>. **Nota:** Su agente/corredor puede proporcionarle instrucciones diferentes.

Comuníquese con Amerigroup si necesita obtener más información en otro idioma o formato (Letra Grande o Braille).

Marque en qué plan quiere inscribirse.			
<input type="checkbox"/> Amerivantage Dual Coordination (HMO SNP) \$0.00 por mes			
Apellido		Nombre	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Teléfono particular
			Teléfono alternativo
Domicilio de residencia permanente (P.O. caja no está permitida).			
Ciudad		Estado	Código Postal
			Condado
Domicilio postal (solamente si difiere de su domicilio de residencia permanente).			
Ciudad		Estado	Código Postal

Indique su información del seguro de Medicare	
Utilice su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección. <ul style="list-style-type: none"> Complete esta información tal y como aparece en su tarjeta de Medicare. -O- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de la carta del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro (Railroad Retirement Board, RRB). 	Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare): _____ Número de Medicare: _____ Tiene derecho a: _____ Fecha de entrada en vigor: _____ HOSPITAL (Parte A) _____ MÉDICO (Parte B) _____ Debe tener las Partes A y B de Medicare para unirse al plan Medicare Advantage.

A completar por el solicitante: Nombre _____ y Número de Medicare _____

Pago de la prima del plan

Usted puede abonar la prima mensual del plan, si tiene una, (incluida cualquier multa por inscripción tardía que pueda adeudar y la prima del plan de beneficios complementarios opcionales, si se inscribió en ese plan) por correo o transferencia electrónica de fondos (EFT) todos los meses. También puede elegir abonar su prima mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (Railroad Retirement Board, RRB) todos los meses.

Si se le asigna un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con su Ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, D-IRMAA) de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted deberá pagar esta suma adicional además de la prima de su plan. El monto se deducirá de su cheque de beneficios del Seguro Social, o se lo facturará directamente Medicare o la Junta de Jubilación Ferroviaria (Railroad Retirement Board, RRB). **NO abone a Amerigroup la cantidad de la Parte D-IRMAA.**

Las personas con ingresos limitados pueden reunir las condiciones para recibir Ayuda extra (Extra Help) para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de sus costos de medicamentos, incluidas las primas mensuales para medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguros. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una etapa sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas reúnen las condiciones para recibir estos beneficios sin saberlo. Para mayor información acerca de esta Ayuda Extra, comuníquese con su oficina de Seguridad Social local, o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Usted también puede solicitar Ayuda Extra en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si reúne los requisitos para recibir Ayuda Extra con los costos de su cobertura para medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una parte de esta prima, le facturaremos la cantidad que Medicare no cubre.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura mensual.

Elija una de las siguientes opciones:

- Factura mensual:** Envíenme una factura mensual.
- Deducción Automática de la Cuenta Bancaria:** Transferencia electrónica de fondos (EFT) de mi cuenta bancaria todos los meses. (Dependiendo de cuándo lo solicite, podría deducirse el monto de más de un mes por su **primer** pago). Complete los pasos 1 y 2 a continuación:

1) Tipo de Cuenta: **Cuenta corriente:** Debe adjuntar un **cheque** **Cuenta de ahorros:** Debe adjuntar una carta de la institución financiera con información de la cuenta.
ANULADO.

2) Complete la siguiente información de su cuenta

Nombre del titular de la cuenta _____ Número de cuenta _____

Número de enrutamiento del banco* _____ Nombre del banco _____

(*Son los primeros 9 dígitos impresos en la esquina inferior izquierda de su cheque).

Autorizo al banco que aparece anteriormente a deducir mis primas mensuales

- Por deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB).**

Obtengo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(El Seguro Social o la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB) podrían tardar dos meses o más en comenzar a deducir el monto de la prima después de que el Seguro Social o la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB) la apruebe. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la Junta Ferroviaria de Retiro aceptan su solicitud de deducción automática, la

A completar por el solicitante: Nombre _____ y Número de Medicare _____

primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta Ferroviaria de Retiro incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigor de su inscripción hasta la fecha en que comience la retención. Si el Seguro Social o la Junta Ferroviaria de Retiro (RRB) demora o no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura por sus primas mensuales).

Lea y responda a estas preguntas importantes:

1. **¿Padece enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)?** Sí No

Si se ha sometido a algún trasplante de riñón exitoso y/o ya no necesita realizarse una diálisis estándar, adjunte una nota o registros de su médico donde se indique que se ha realizado un trasplante exitoso de riñón o que no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que debamos contactarlo para obtener información adicional.

2. **Algunos individuos pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluso otra aseguradora privada, TRICARE, cobertura de beneficios médicos para empleados Federales, beneficios de la Administración de Veteranos (VA) o programas Estatales de asistencia farmacéutica.**

¿Finalizará su cobertura actual para medicamentos recetados? Sí No N/A

¿Seguirá teniendo otra cobertura para medicamentos recetados? Sí No N/A

Si marca "sí", indique cuál es su otra cobertura y su número de identificación (ID) para dicha cobertura

Fechas Cubiertas: Inicio ___ ___ _____ Fin ___ ___ _____ Nombre de la otra cobertura _____

Núm. de identificación para dicha cobertura _____ Núm. de grupo para dicha cobertura _____

3. **¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia?** Sí No

Si marca "sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución _____

Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Número de teléfono _____

4. **¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado?** Sí No

Si la respuesta es "sí", proporcione su número de Medicaid _____

5. **¿Trabajan usted o su cónyuge?** Sí No

6. **Seleccione el nombre de un médico de atención primaria (PCP).** Si no elige un médico de atención primaria (PCP), elegiremos uno por usted.

Número de identificación del PCP (como se muestra en el directorio de proveedores) _____

Nombre del PCP _____
Nombre Apellido

Nombre del Grupo Médico Primario (PMG por sus siglas en inglés) _____

Dirección del PCP _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Un nuevo médico para usted? Sí No

A completar por el solicitante: Nombre _____ y Número de Medicare _____

Marque una casilla a continuación si prefiere que le enviemos la información en otro idioma distinto al inglés o en un formato accesible:

Español

Asistencia para las personas con problemas de vista:

PDF habilitado por voz (Audio Letra grande

Póngase en contacto con Amerivantage Dual Coordination (HMO SNP) al **1-844-765-5165** si necesita información en un formato accesible o en otro idioma diferente a los mencionados anteriormente. Nuestro horario de atención es 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

DETÉNGASE

Lea esta información importante.

Si actualmente tiene cobertura médica de un empleador o de un sindicato, afiliarse a Amerigroup podría afectar los beneficios médicos de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura médica de su empleador o sindicato si se afilia a Amerigroup. Lea los comunicados que le envían su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web, o comuníquese con la oficina que aparece en sus comunicados. Si no hay información sobre la persona a quien debe contactar, su administrador de beneficios o la oficina que responde a sus preguntas sobre su cobertura pueden ayudarlo.

En general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage (MA) durante el Periodo de Inscripción Anual (AEP) entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año o durante periodo de inscripción abierta (OEP) entre el 1 de enero y el 31 de marzo. Los beneficiarios inscritos en un plan MA-PD pueden usar el OEP para cambiar a otro plan MA-PD; un plan de solo MA; u Original Medicare con/sin PDP. Además hay excepciones — p. ej., Periodo de Inscripción Inicial (IEP/ICEP) y los Periodos de Inscripción Especial (SEP) — que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de estos periodos.

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque todas las casillas donde haya una declaración que le corresponda. Al marcar cualquiera de los siguientes casilleros, usted certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para un Periodo de Inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información no es correcta, cancelaremos su inscripción.


NOTA: Debe seleccionar al menos una de las opciones que aparecen a continuación.

- Me inscribo durante el Periodo de Inscripción Anual desde el 15 de octubre al 7 de diciembre. (AEP)
- Soy nuevo en Medicare. (IEP/ICEP)
- Voy a cumplir 65 años y ya estoy inscrito en Medicare. (IEP2)
- Acabo de mudarme fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (insertar fecha) _____. (SEP)
- Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo ayuda extra para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio. (SEP)
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente recibí Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (insertar fecha) _____. (SEP)
- Me inscribí en un plan de Medicare (o mi estado) y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan empezó el (insertar fecha) _____. (SEP)
- Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre importante (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA)). Una de las otras declaraciones aquí se aplicó a mí, pero no pude realizar mi inscripción debido a un desastre natural. (SEP)

A completar por el solicitante: Nombre _____ y Número de Medicare _____

- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente recibí Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (insertar fecha) _____ . (SEP)
- Me estoy mudando, vivo en o acabo de mudarme fuera del centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré a/fuera del centro el (insertar fecha) _____ . (SEP)
- Recientemente dejé un Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE®) el día (insertar fecha) _____ . (SEP)
- Recientemente, perdí de forma involuntaria mi cobertura acreditable para medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (insertar fecha) _____ . (SEP)
- Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (insertar fecha) _____ . (SEP)
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado. (SEP)
- Recientemente volví a los Estados Unidos luego de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Volví a los EE. UU. el (insertar fecha) _____ . (SEP)
- Mi plan va a terminar su contrato con Medicare o Medicare va a terminar su contrato con mi plan. (SEP)
- Estaba inscrito en un Plan para Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP), pero ya no cuento con las condiciones requeridas para permanecer en ese plan. Se canceló mi inscripción con el SNP el (insertar fecha) _____ . (SEP)
- He sido excarcelado recientemente. Fui liberado el (insertar fecha) _____ . (SEP)
- He obtenido recientemente el estado de residente legal en Estados Unidos. Obtuve este estado el (insertar fecha) _____ . (SEP)
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage. (MA OEP)
- Otro* _____

*Comuníquese con Amerigroup al **1-844-765-5165**. Nuestro horario de atención es 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para ver si usted es elegible para la inscripción.

Preferencias de email	
	
¡El correo electrónico es la forma más rápida y fácil de obtener información importante sobre su plan y algunos extras divertidos también! Por favor, proporcione su dirección de correo electrónico a continuación para inscribirse en nuestro programa de correo electrónico.	
Correo electrónico del miembro	@ _____
Al dar mi dirección de correo electrónico, acepto recibir correos electrónicos acerca de mis beneficios, programas de salud y otros servicios de planes.	
Comprendo que puedo cambiar mis preferencias de correo electrónico en cualquier momento llamando al Servicio de Atención al Cliente.	

formulario de inscripción

A completar por el solicitante: Nombre _____ y Número de Medicare _____

Lea y firme dentro del cuadro "Firma del solicitante" que aparece a continuación.

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Amerivantage Dual Coordination (HMO SNP) es un plan Medicare Advantage y tiene contrato con el gobierno Federal. Deberé mantener mi Parte A y B de Medicare. Solamente puedo estar en un plan Medicare Advantage a la vez, y comprendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda adquirir en el futuro. La inscripción en este plan es, generalmente, para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo dejar el plan o hacer cambios solamente en ciertos momentos del año cuando haya un periodo de inscripción disponible (por ejemplo, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

Amerivantage Dual Coordination (HMO SNP) presta servicios en un área específica. Si me mudo fuera del área que Amerigroup abarca, debo notificarlo al plan para que pueda anular mi inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que soy miembro de Amerivantage Dual Coordination (HMO SNP), tengo derecho a apelar decisiones del plan acerca del pago o de los servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de Cobertura de Amerigroup cuando lo reciba para saber qué normas debo seguir para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas que tienen Medicare habitualmente no tienen cobertura cuando se encuentran fuera del país excepto con cobertura limitada cerca de las fronteras de los EE. UU.

Comprendo que desde la fecha en que Amerigroup comienza la cobertura, debo obtener toda mi atención médica de los proveedores participantes de Amerigroup, excepto para emergencias o servicios que se necesitan con urgencia, o servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios autorizados por Amerigroup y otros servicios que aparecen en mi documento de Evidencia de Cobertura de Amerivantage Dual Coordination (HMO SNP) (también conocido como contrato del miembro o contrato del suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI AMERIGROUP PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Comprendo que si obtengo asistencia de un agente de ventas, un corredor de seguros u otro individuo empleado por o contratado con Amerigroup, este/esta puede recibir un pago en función de mi inscripción en Amerivantage Dual Coordination (HMO SNP).

Divulgación de información: Al unirme a este plan de salud de Medicare, ratifico que Amerigroup divulgará mi información a Medicare y a otros planes cuando sea necesario para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También ratifico que Amerigroup divulgará mi información incluida mi fecha de evento de medicamentos recetados a Medicare, que puede divulgarla para su investigación y otros fines que respeten todas las leyes y normativas Federales aplicables. La información de este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se anulará mi inscripción en el plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de otra persona autorizada para actuar en mi nombre bajo las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y entendido su contenido. Si la firma una persona autorizada (según se describe anteriormente), dicha firma certifica que 1) esta persona está autorizada, conforme a las leyes estatales, para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta persona autorizada se encuentra disponible si Medicare la solicita.

Firma necesaria para procesar su solicitud.

Firma del solicitante X	Fecha de hoy
Fecha deseada de entrada en vigencia del plan*:	

*Sujeto a las pautas del período de elección de Medicare

A completar por el solicitante: Nombre _____ y Número de Medicare _____

Información del representante autorizado únicamente

Se deben completar todos los campos de esta sección si la solicitud ha sido firmada por un representante autorizado y no por el solicitante.

Nombre		
Dirección	Nombre Apellido	
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Relación con el inscrito	

A completar por el solicitante: Nombre _____ y Número de Medicare _____

Solicitante: No rellene las siguientes secciones.

Agente/Corredor: Complete TODOS los campos incluido 'Agente suscriptor' y 'Agencia' con su código asignado, número de identificación fiscal o codificación basada en su marca, estado Y producto designados.

Fecha de vigencia de la Cobertura _____ PLAN ID N°: _____

IEP/ICEP AEP OEP SEP (tipo): _____ No elegible

Ayudé al solicitante a completar su solicitud. Sí No Código de verificación DSNP _____

¿Fue esta una cita individual en persona? No Sí (en caso de que sí, ¿cómo se recolectó el alcance de cita (SOA))?

Papel Llamada grabada (identificación de grabación de voz) _____

Nombre en _____
letra de _____
impresión _____
Nombre Apellido

Agente de Suscripción TIN (10 dígitos)/Código del Agente _____

Agencia TIN (10 dígitos) o Código de Agencia _____

Nombre de la agencia _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Fax _____

Correo electrónico _____ @ _____

Firma _____ Fecha de recepción de la Solicitud _____

Amerigroup Texas, Inc. es un plan HMO DSNP que tiene contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid del estado. La inscripción en Amerigroup Texas, Inc. depende de la renovación del contrato.

A completar por el solicitante: Nombre _____ y Número de Medicare _____