

Elección del Plan Medicare Advantage

Información personal				
Nombre			Teléfono ()	
Domicilio (lugar de residencia permante)			Apartamento N°	
Ciudad, estado, código postal			Condado	
Fecha de nacimiento (__/__/____)	Sexo H M	N° de Ident. Estatal	Reclamo de Medicare N°	
Información importante				
Su proveedor de atención primaria (apellido, nombre)		Seguro de hospital - Parte A Fecha de vigencia	Seguro médico - Parte B Fecha de vigencia	
Nombre del plan Medicare Advantage que elige			Nombre de su plan médico de DMAP actual	

¿Tiene Enfermedad Renal en Fase Terminal (End Stage Renal Disease o ESRD), recibe tratamiento de diálisis de rutina o recibió un trasplante de riñón durante los últimos 36 meses? Sí No

Si contestó sí, no puede inscribirse en un plan Medicare Advantage a menos que ya esté inscrito en el plan como miembro comercial.

Si contestó sí a esta pregunta y ya no necesita diálisis regular o recibió un trasplante de riñón exitoso, adjunte una nota o registros de su médico que indiquen que usted ya no necesita diálisis regular o recibió un trasplante de riñón exitoso.

Prime #	Branch#	Worker ID/Phone #	DMAP Medical Plan Eff Date	Mailed to DMAP Medical Plan On
---------	---------	-------------------	-------------------------------	-----------------------------------

Algunas personas pueden tener otra cobertura para medicamentos, como por ejemplo un seguro privado, TRICARE, beneficios de salud de empleados federales, beneficios de la Administración de Veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá usted otra cobertura para medicamentos de venta bajo receta además de su Plan Medicare Advantage? Sí No

Si contestó “sí”, por favor dé el nombre de su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación (ID) para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura: _____

No. de ID o de Grupo para esta cobertura: _____

¿Vive usted en una institución como un asilo de ancianos, un hogar sustituto o de atención residencial o una institución de vida asistida? Esto no afectará su elegibilidad para inscribirse en el plan Medicare Advantage. Sí No

Si contestó sí, nombre de la institución: _____

Dirección/Teléfono: _____

Fecha de admisión : _____

¿Tiene usted, ya sea por su cuenta o a través de su cónyuge, alguna cobertura de salud que no sea Medicare, como un seguro privado, compensación de trabajadores o beneficios de veterano? Sí No

Si contestó sí, ¿qué tipo? _____

Nombre del seguro: _____

Entiendo que lo siguiente es verdad:

- Mi plan Medicare Advantage me enviará la confirmación de mi inscripción.
- Debo mantener mi cobertura de Medicare Parte A y B. Si correspondeEl estado de Oregón seguirá pagando mis primas, co-seguros y deducibles de la Parte A y B .
- Puedo estar inscrito en un solo plan Medicare Advantage por vez. Si estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y luego me inscribo en otro plan Medicare Advantage, quedaré automáticamente fuera de mi plan Medicare Advantage actual.
- Puedo darme de baja de mi plan Medicare Advantage en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a:
 - ♦Mi plan Medicare Advantage, o
 - ♦Los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS).
- Debo recibir atención médica de los proveedores de mi Plan Medicare Advantage.
- Tengo derecho a apelar las negaciones de servicios y pagos realizadas por mi plan Medicare Advantage.

- Debo informar a mi plan Medicare Advantage antes de mudarme permanentemente del área de servicio o mantenimiento. Entiendo que si me mudo permanentemente del área de servicio o mantenimiento, el plan Medicare Advantage me dará de baja.

Divulgación de información

Autorizo a los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (*Centers for Medicare and Medicaid Services* o CMS) a dar información sobre mi cobertura de Medicare al plan Medicare Advantage que he elegido. Mi plan Medicare Advantage usará esta información para confirmar mi derecho a recibir los Beneficios de Seguro Hospitalario de Medicare (Parte A) y los Beneficios de Seguro Médico Suplementario (Parte B) conforme al Título XVIII (el Programa Medicare) de la Ley de Seguridad Social.

Autorizo a mi plan Medicare Advantage y a sus proveedores a divulgar a CMS o a los agentes de CMS cualquier información sobre mí que sea necesaria para ejecutar el Título XVIII de la Ley de Seguro Social.

Garantía

Entiendo que mientras esté inscrito en un plan Medicare Advantage debo recibir todos mis servicios de atención médica a través de ese plan Medicare Advantage, con excepción de los servicios de emergencia o urgencia fuera del área. Los servicios de emergencia o urgencia recibidos fuera del área están cubiertos en cualquier lugar de los Estados Unidos y en algunos hospitales de México y el Canadá.

Entiendo que una vez inscrito, mi plan Medicare Advantage me enviará un documento de Constancia de Cobertura (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de subscriptor). El documento de Constancia de Cobertura indica los servicios cubiertos por mi plan Medicare Advantage y las reglas que debo cumplir para recibir esos servicios.

Entiendo que soy responsable del pago de los servicios no cubiertos por Medicare.

Entiendo que mi firma en esta solicitud certifica que he leído y entiendo el contenido de este formulario.

Firma

Fecha

Si el cliente no puede firmar, un tutor legal designado por el tribunal o una persona que tenga un Representante de Atención de la Salud o designada por escrito en una directiva anticipada sobre atención médica, u otra, si está autorizada por la ley estatal, deberá llenar la próxima página.

Si el beneficiario firma con su impresión digital o sello, dos testigos deben firmar la próxima página.

Firma con impresión digital

¿Firmó el cliente con impresión digital o sello?

Sí No

Si contestó sí, se requiere la firma y fecha de dos testigos:

Testigo N°1 _____

Testigo N°2 _____

Firma aprobada por el estado

¿Alguien ayudó al cliente a llenar este formulario? Si contestó sí, escriba su nombre y número de teléfono:

Sí No

Firma y fecha: _____

Relación con el cliente: _____

¿Firmó el cliente este formulario?

Sí No

Si contestó no, llene la siguiente información. Si el cliente no puede firmar, hay que dar la siguiente información. Escriba N/C si no corresponde.

El cliente no pudo firmar este formulario por las siguientes limitaciones físicas: _

El cliente no puede dar consentimiento informado porque _____

La persona que firma por el cliente es (marque la casilla correspondiente y firme abajo):

- Un tutor legal designado por el tribunal con autoridad para tomar decisiones sobre atención de la salud - adjuntar copia de los documentos de tutela.
- Una persona que tiene un Representante para Atención de la Salud- adjuntar copia
- Una persona designada por escrito en una directiva anticipada sobre atención médica - adjuntar copia, o
- Una persona autorizada a firmar por ley estatal (cónyuge, padre/madre, familiar o trabajador autorizado de la agencia)

Firma y fecha: _____

Relación con el cliente: _____

N° de teléfono: _____