



Favor de comunicarse con American Health Medicare si usted necesita información en otro idioma o formato (Braille).

Para inscribirse en American Health Medicare, favor de proveer la siguiente información:

**Favor indicar a cuál plan desea afiliarse**

- ( ) AHM\_Opal (HMO POS) \$0 mensual      ( ) AHM\_Clásico Plus (HMO SNP) \$0 mensual  
 ( ) AHM\_Clásico (HMO) \$0 mensual      ( ) AHM\_Estándar (HMO) \$0 mensual

( ) Sr. ( ) Sra. ( ) Srta.

Apellido:

Nombre:

Inicial:

Fecha de Nacimiento:

Mes:   Día:   Año:

Sexo:

F  M

Teléfono Residencial:

Teléfono Alternativo:

Dirección Residencial (no se permiten apartados postales):

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Dirección Postal (sólo si es diferente de la dirección residencial):

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia llamar a:

Teléfono:


Relación o parentesco con usted:

**Favor de proveer su información de 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 de la Administración 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 Medicare Advantage.

	
<b>MEDICARE HEALTH INSURANCE</b>	
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

Si determinamos que usted debe una penalidad por inscripción tardía (o si actualmente tiene una penalidad por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagar. Puede enviar su pago por correo, 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 sus ingresos, será notificado(a) por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Se le puede retener la cantidad de su cheque de beneficios del Seguro Social o enviar directamente la factura de Medicare, o de la Junta de Retiro Ferroviario. NO pague la cantidad adicional de la Parte D-IRMAA a American Health Medicare.

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

- Recibir una factura mensual
- 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 en Etapa 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 registro 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 cubierta de medicamentos, incluyendo seguro privado, TRICARE, cubierta de beneficios médicos de empleados federales, beneficios para veteranos (VA) o programas de ayuda para medicamentos del gobierno.
- ¿Va a tener otra cubierta de medicamentos recetados además de American Health Medicare? \_\_Sí \_\_No  
Si la respuesta es "Sí", por favor, haga una lista de sus otras cubiertas y el (los) número(s) de identificación para la(s) cubiertas(s):
- |                             |  |                                |
|-----------------------------|--|--------------------------------|
| Nombre de la otra cubierta: | Número de identificación de la cubierta: | Número de grupo de la cubierta |
| _____                       | _____                                    | _____                          |
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: \_\_\_\_\_
5. ¿Trabaja usted o su esposo(a)? \_\_Sí \_\_No
6. ¿Tiene usted diabetes? \_\_Sí \_\_No

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

\_\_\_\_\_

Por favor, marque en el encasillado correspondiente si desea que le enviemos información en un idioma que no sea español o en otro formato:  Inglés  Braille  Cintas de Audio

Por favor, comuníquese con American Health Medicare al 1-888-620-1919 si necesita información en otro formato o idioma además de los que se incluyeron anteriormente. Nuestro horario es de lunes a domingo de 8:00 AM a 8:00 PM. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-620-2520.

# Por favor, lea esta información importante



Si al momento tiene cubierta de salud provista por su patrono o unión, el afiliarse a American Health Medicare puede afectar los beneficios médicos de esa cubierta. Usted puede perder su cubierta de salud de su patrono o unión si se afilia a American Health Medicare. Lea las comunicaciones que le envía su patrono o unión. Si tiene preguntas, visite su página de Internet, o comuníquese con la oficina que le indican en sus documentos. Si no hay información sobre a quién llamar, el administrador de sus beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cubierta pueden ayudar.

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

American Health Medicare es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Voy a tener que mantener la cubierta de las Partes A y B de Medicare. Puedo estar en un solo plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi afiliación a este plan automáticamente termina mi afiliación en otro plan médico o plan de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informarles acerca de cualquier cubierta de medicamentos recetados que tenga ahora o que pueda tener en el futuro. La afiliación en este plan, por lo general, es por todo el año. Una vez afiliado solo puedo darme de baja de este plan o hacer cambios en ciertas fechas del año, cuando hay disponibles periodos de afiliación (por ejemplo, durante el Período de Afiliación Anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

American Health Medicare sirve a un área específica. Si me mudo fuera del área en la cual American Health Medicare 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 afiliado de American Health Medicare, tengo el derecho de apelar cualquier decisión del plan sobre pagos o servicios, si estoy en desacuerdo. Leeré la Evidencia de Cubierta de American Health Medicare cuando la reciba para saber cuáles reglas debo seguir para obtener cubierta con este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare por lo general no tienen cubierta de Medicare cuando están fuera del país excepto por una cubierta limitada cerca de la frontera de Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cubierta del plan de American Health Medicare, debo obtener todo mi cuidado médico de American Health Medicare, excepto en casos de emergencia o cuando necesite servicios de urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por American Health Medicare y otros servicios incluidos en mi documento de Evidencia de Cubierta de American Health Medicare (también conocido como contrato del afiliado o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI AMERICAN HEALTH MEDICARE 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 American Health Medicare, él/ella puede ser compensado por mi afiliación a American Health Medicare.

Divulgación de información: Al afiliarme en este plan médico de Medicare, entiendo que American Health Medicare 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 American Health Medicare 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 afiliación 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 X \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Si usted es un representante autorizado, usted deberá firmar proveer la siguiente información:

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Parentesco con Solicitante: \_\_\_\_\_

## Para uso de oficina solamente:

Nombre de empleado/ agente/ broker (si fue asistido en la afiliación): \_\_\_\_\_

ID# de Plan: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva de Cubierta: \_\_\_\_\_

ICEP/IEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ SEP(tipo): \_\_\_\_\_ No Elegible: \_\_\_\_\_