



Formulario de inscripción

Por favor, comuníquese con Imperial Health Plan of California (HMO) y (HMO SNP) si necesita información en otro idioma o formato (braille).

Para inscribirse en Imperial Health Plan (HMO) (HMO SNP), por favor, proporcione la siguiente información: (escriba claramente)

- Por favor, marque el plan en el que desea inscribirse: 005 Senior Value (HMO SNP) \$0 por mes.
- 007 Imperial Traditional (HMO) \$0 por mes.
- 009 Imperial Traditional Plus (HMO) \$34.80 por mes.

APELLIDO:		NOMBRE:		Inicial:	
<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Correo electrónico: (opcional)			
Número de teléfono de su casa		Fecha de nacimiento: (mes/día/año)		Número de teléfono secundario: (opcional)	
Dirección de su residencia permanente (No se permite apartado postal):			Ciudad:	Estado:	Código postal
Dirección postal (si es diferente de la anterior):			Ciudad:	Estado:	Código postal
Contacto de emergencia:		Número de teléfono:		Parentesco con usted:	

Por favor, proporcione la información sobre su seguro Medicare:

Por favor, saque su tarjeta roja, blanca y azul para completar esta sección.

- Por favor, complete los espacios en blanco como aparece en su tarjeta 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.

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare): _____

Número de Medicare: _____

Tiene derecho a: Fecha de Vigencia:

SEGURO DE HOSPITAL (Parte A) _____

SEGURO MÉDICO (Parte B) _____

Usted debe tener la Parte A y Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Pago de la prima de su plan:

Para los planes sin prima (planes 005 y 007): Si determinamos que usted debe una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo preferiría pagarla. Puede pagar mensualmente por correo. También puede elegir pagar su prima mensualmente por medio de una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés). Si se le aplica un ajuste mensual relacionado al ingreso de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional, aparte de la prima de su plan. Esta cantidad será descontada de su cheque de beneficios del Seguro Social o directamente Medicare o la RRB le enviarán una factura. NO PAGUE a Imperial Health Plan el IRMAA de la Parte D.

Para los planes con prima (plan 009): Usted puede pagar su prima mensual (incluyendo las multas por inscripción tardía que tenga o deba actualmente) mensualmente por correo. También puede elegir pagar su prima mensualmente por medio de una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

Si se le aplica un ajuste mensual relacionado al ingreso de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional, aparte de la prima de su plan. Esta cantidad será descontada de su cheque de beneficios del Seguro Social o directamente Medicare o la RRB le enviarán una factura. NO PAGUE a Imperial Health Plan el IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir *Ayuda Adicional* para pagar sus medicamentos recetados. Si usted es elegible, Medicare podría pagar 75% o más de los costos de los medicamentos, incluyendo las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Adicionalmente, aquellas personas que reúnan los requisitos no estarán sujetas al período sin cobertura o a la multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos beneficios y no lo saben. Para obtener más información sobre esta *Ayuda Adicional*, llame a la oficina local del Seguro Social o llame a la central del 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.

Si califica para recibir *Ayuda Adicional* con los costos de sus medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará una parte o la totalidad de su prima del plan. Si Medicare sólo paga una parte de esta prima, le enviaremos una factura por la cantidad que Medicare no cubra;

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes;

Por favor, seleccione una opción de pago de la prima:

- A través de una factura mensual
- A través de la deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

Recibo beneficios mensuales del Seguro Social de la RRB

(La deducción del Seguro Social/RRB puede demorar dos o más meses antes de entrar en vigencia, después de que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aprueba su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas que se deban, a partir de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa para el pago de sus primas mensuales.)

Por favor, lea y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Padece de Enfermedad Renal Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)? Sí No
Si usted ha tenido un trasplante de riñón exitoso y/o no necesita diálisis regularmente, por favor, *adjunte una nota o expedientes* médicos que demuestren que su trasplante de riñón fue exitoso o que usted no necesita diálisis, de lo contrario podríamos comunicarnos con usted para obtener información adicional.
2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluyendo otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios para veteranos o programas estatales de ayuda farmacéutica. ¿Va a tener otra cobertura de medicamentos recetados adicional a la de Imperial Health Plan? Sí No

Si su respuesta es "Sí", por favor, indique cuál es la otra cobertura y el(los) número(s) de identificación de esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura: _____ N° de identificación de esta cobertura: _____ N° de grupo de esta cobertura: _____

3. ¿Reside en una institución de cuidados a largo plazo, tal como un hogar de ancianos? Sí No

Si la respuesta es "Sí",

Nombre de la institución: _____

Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle): _____

4. ¿Está inscrito en el programa Medicaid del estado donde vive? Sí No

Si contestó "Sí", por favor, proporcione su número de Medicaid: _____

5. ¿Trabaja usted o su cónyuge? Sí No

6. ¿Padece de enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca crónica y/o diabetes? Sí No

Por favor, elija el nombre de un Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés) y Grupo Médico:

Nombre del PCP:	Inicial:	Apellido
Grupo Médico (escriba el nombre completo):		Número de identificación del PCP:

Por favor, marque una de las casillas que se presentan a continuación si prefiere que le enviemos la información en un idioma distinto del español o en un formato *accesible*:

- Inglés Chino Otro: _____
 Braille Cinta de audio Letra grande

Por favor, comuníquese con Imperial Health Plan al 1-800-838-8271 si necesita información en otro idioma o formato *accesible* que *no sean* los mencionados anteriormente. Nuestro horario de atención, es de lunes a domingo de 8:00 am a 8:00 pm, excepto días festivos, durante el período del 1° de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes de 8:00 am a 8:00 pm desde el 1° de abril hasta el 30 de septiembre, excepto días festivos.



Por favor, lea esta información importante

Si usted actualmente tiene una cobertura médica por parte de su empleador o sindicato, la inscripción en Imperial Health Plan podría afectar los beneficios médicos de su empleador o sindicato. Usted podría perder la cobertura médica de su empleador o sindicato si se inscribe en Imperial Health Plan. Lea los comunicados que le envíe su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o llame a la oficina mencionada en sus comunicados. Si no hay ninguna información sobre la persona con la cual debe comunicarse, el administrador de sus beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarle.

Por favor, lea y firme a continuación

Al completar este formulario de inscripción, acepto lo siguiente:

Imperial Health Plan es un Plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Es necesario que mantenga las Partes A y B de Medicare. Sólo puedo estar inscrito en un Plan Medicare Advantage al mismo tiempo y entiendo que mi inscripción en este plan hará que mi inscripción en cualquier otro plan de salud de Medicare o plan de medicamentos recetados termine automáticamente. Es mi responsabilidad informarles acerca de cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda obtener en el futuro. Entiendo que si no tengo cobertura de medicamentos recetados de Medicare o una cobertura de medicamentos recetados acreditable (tan buena como la de Medicare), yo podría tener que pagar una multa por inscripción tardía si me inscribo para cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro. La inscripción en este plan es, por lo general, por todo un año.

Una vez que me inscriba, puedo dejar este plan o hacer cambios sólo durante cierta época del año cuando haya un periodo de inscripción disponible (Ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o bajo ciertas circunstancias especiales.

Imperial Health Plan presta sus servicios en un área específica. Si me mudo fuera del área que cubre Imperial Health Plan, necesito notificar al plan para poder cancelar la inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de Imperial Health Plan, tengo el derecho a apelar las decisiones del plan acerca de pagos o servicios, si no estoy de acuerdo. Leeré la Evidencia de Cobertura de Imperial Health Plan cuando la reciba para saber cuáles son las reglas que debo seguir para obtener mi cobertura con este Plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas que tienen Medicare no están, por lo general, cubiertas por Medicare cuando se encuentran fuera del país, salvo por una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE.UU.

Entiendo que a partir de la fecha en que empieza mi cobertura con Imperial Health Plan, debo obtener todos mis servicios de salud por medio de Imperial Health Plan, excepto en casos de emergencia o urgencia o para servicios de diálisis fuera del área. Los servicios que Imperial Health Plan autoriza y otros servicios incluidos en la Evidencia de Cobertura de Imperial Health Plan (documento también conocido como contrato de membresía o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI IMPERIAL HEALTH PLAN PAGARÁ POR ESTOS SERVICIOS.**

Entiendo que si estoy obteniendo ayuda de un representante de ventas, agente u otro individuo empleado o contratado por Imperial Health Plan, él/ella puede recibir un pago dependiendo de mi inscripción en Imperial Health Plan.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, acepto que Imperial Health Plan proporcione mi información a Medicare y a otros planes en caso de que sea necesario para el tratamiento, pago y operaciones médicas. También acepto que Imperial Health Plan proporcione mi información, incluyendo la información sobre mis medicamentos recetados a Medicare, quien, a su vez, puede compartirla con fines de investigación y otros propósitos que cumplan con todos los estatutos y reglamentos federales aplicables. La información presente en este formulario de inscripción es correcta a mi saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona que esté autorizada para actuar en mi nombre de acuerdo con las leyes del estado en el que vivo) en este formulario significa que he leído y entendido su contenido. Si lo firma una persona autorizada (tal como se explicó anteriormente), dicha firma certifica que: 1) esta persona está autorizada de conformidad con las leyes estatales para completar este formulario de inscripción, y 2) existe documentación disponible sobre esta autorización, si Medicare la solicita.

Firma:

Fecha de hoy:

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

Nombre: _____ **Número de teléfono:** _____

Dirección: _____ **Parentesco con la persona inscrita:** _____

Para uso exclusivo de la oficina

Name of Agent (if assisted in enrollment): _____

Plan ID#: _____

Effective Date of Coverage: _____

ICEP/IEP AEP SEP (TYPE) Not eligible

Imperial Health Plan es un plan (HMO) (HMO SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción en Imperial Health Plan depende de la renovación del contrato. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711). ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-838-8271 (TTY: 711). 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-838-8271 (TTY: 711).