

Comuníquese con Ventas de BayCare Health Plans (HMO) al (866) 947-5820 si necesita ayuda para completar este formulario. Los usuarios de TTY pueden llamar a la línea gratuita 711.

PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN BayCarePlus, PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Marque el plan en el que desea inscribirse:

- BayCarePlus Complete – (Condados de Hillsborough, Pasco, Pinellas y Polk) - \$0 por mes
- BayCarePlus Rewards – (Condados de Hillsborough, Pasco, Pinellas y Polk) - \$0 por mes

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
-----------	---------	-----------------------------	---

Fecha de nacimiento: (___ / ___ / ___) (D D / M M / A A A A)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono de casa: ()	Número de teléfono alternativo: ()
--	--	------------------------------------	--

Dirección de residencia permanente (no se permiten apartados postales):	Condado:
---	----------

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Dirección postal (si es diferente de la dirección de residencia permanente):
--

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Correo electrónico (opcional):

Contacto en caso de emergencia:	Número de teléfono:
---------------------------------	---------------------

Relación con usted:

PROPORCIONE SU INFORMACIÓN DE SEGURO DE MEDICARE

<p>Saque sus tarjetas roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complete la información como aparece en su tarjeta de Medicare. -O- • Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare, su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferrovianos. <p>Debe contar con la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.</p>	<p>Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare): _____</p> <p>Número de Medicare: _____</p> <p>Tiene derecho a:</p> <p>Hospital (Parte A) ___ / ___ / _____</p> <p>Consultas médicas (Parte B) ___ / ___ / _____</p> <p>Fecha de entrada en vigor:</p>
---	---

PAGO DE LA PRIMA DE SU PLAN

Si se inscribe en un plan con prima cero: Si determinamos que debe pagar una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo preferiría pagarla. Tiene la opción de pagar mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferrovianos (por sus siglas en inglés, RRB) o enviando un cheque por correo. Si se le asigna un monto de ajuste mensual relacionado con sus ingresos de la Parte D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA), la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) se lo notificará. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de sus cargos mensuales. El monto se retendrá de su cheque de beneficios de la SSA o será facturado directamente por Medicare o por la RRB. **NO pague a BayCare Health Plans el IRMAA de la Parte D.**

Si se inscribe en un plan con prima: Puede pagar su prima mensual del plan (incluida la multa por inscripción tardía que haya incurrido o que deba) por correo cada mes. También tiene la opción de pagar su prima mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferrovianos, cada mes.

Si se le asigna un monto de ajuste mensual relacionado con sus ingresos de la Parte D, la SSA se lo notificará. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. El monto se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social o será facturado directamente por Medicare o por la RRB. NO pague a BayCare Health Plans el IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Adicional para pagar los gastos de sus medicamentos recetados. Si usted es elegible, Medicare puede pagar hasta 75% o más del costo de sus medicamentos, lo que incluye primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguro. Además, quienes califiquen no estarán sujetos al período de transición sin cobertura ni a la multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para este tipo de ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina del Seguro Social local o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También, puede hacer la solicitud en línea para recibir Ayuda Adicional en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si califica para recibir Ayuda Adicional para los costos de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la prima de su plan o una parte de ella. Si Medicare paga solamente una parte de esta prima, le facturaremos el monto que no cubra Medicare.

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

Seleccione una opción de pago para su prima:

- Recibir una factura mensual
- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferrovianos.

Recibo beneficios mensuales de: ___Seguro Social ___RRB

La deducción del Seguro Social/RRB puede empezar hasta dos o más meses después de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas que se deban desde la fecha de entrada en vigor de su inscripción hasta el punto en que inicie la deducción. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales.

LEA Y CONTESTE ESTAS IMPORTANTES PREGUNTAS

- 1 ¿Padece enfermedad renal en etapa terminal (End Stage Renal Disease, ESRD)? Sí No

Si ha recibido un trasplante exitoso de riñón o ya no necesita diálisis regulares, **anexe una nota o registros** de su médico que demuestren que ha recibido un trasplante exitoso de riñón o que ya no necesita diálisis, de lo contrario quizá tengamos que comunicarnos con usted para obtener información adicional.

- 2 Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluyendo otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios para veteranos (veterans, VA) o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos recetados además de BayCare Health Plans? Sí No

Si su respuesta es "sí", escriba su otra cobertura y el/los número(s) de identificación de dicha cobertura:

Nombre de la otra cobertura: N.º de identificación de esta N.º de grupo de esta cobertura:
cobertura:

- 3 ¿Reside en una institución de atención a largo plazo, como un asilo de ancianos? Sí No

Si su respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

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

4 ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? Sí No
Si su respuesta es "sí", proporcione su número de Medicaid: _____

5 ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

SELECCIONE EL NOMBRE DE UN MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): Dr(a). _____ (Nombre) (Apellido)	N° de PCP del directorio de proveedores: _____	¿Es este su médico actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---	---

Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos su información en un idioma distinto al inglés o en otro formato:

Español Alemán Chino Francés Vietnamita
 Braille Letra grande

Comuníquese con BayCare Health Plans al (866) 947-5820 si necesita información en un formato o idioma que no se mencionó anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Puede comunicarse con el servicio de mensajería los fines de semana y días festivos desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al número gratuito 711.

LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE

Si actualmente tiene cobertura médica por medio de un empleador o sindicato, inscribirse en BayCare Health Plans podría afectar los beneficios médicos de su empleador o sindicato. Podría perder su cobertura médica a través de un empleador o sindicato si se inscribe en BayCare Health Plans. Lea los comunicados que le envíe su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite sus sitios web o comuníquese con la oficina que aparece en sus comunicados. Si no sabe con quién comunicarse, puede pedir ayuda a su administrador de beneficios o a la oficina para que contesten sus preguntas sobre su cobertura.

LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

BayCare Health Plans es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Necesito conservar mis Partes A y B de Medicare. Solamente puedo estar en un plan Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan médico o plan de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informarles de cualquier cambio en mi cobertura de medicamentos recetados que ocurra ahora o en el futuro. La inscripción en este plan generalmente es por todo el año. Una vez que me inscriba, solamente puedo salir de este plan o hacer cambios en ciertas épocas del año, cuando haya disponible un período de inscripción (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o en circunstancias especiales.

BayCare Health Plans presta servicio a un área de servicio específica. Si me mudo del área de servicio de BayCare Health Plans, tengo que notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de BayCare Health Plans, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre el pago de servicios con las que esté en desacuerdo. Leeré el documento de *Evidencia de cobertura* de BayCare Health Plans cuando lo reciba para saber cuáles son las reglas que debo seguir para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas que tienen Medicare, en general, no tienen cobertura de Medicare mientras están fuera del país, excepto por cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.

Entiendo que, a partir de la fecha en que empiece mi cobertura de BayCare Health Plans, debo recibir todos mis servicios médicos de BayCare Health Plans, excepto por los servicios de emergencia o de urgencia y los servicios de diálisis fuera de mi área. Estarán cubiertos los servicios autorizados por BayCare Health Plans y otros servicios incluidos en mi documento de *Evidencia de cobertura* de BayCare Health Plans (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Si no cuenta con una autorización, **NI MEDICARE NI BAYCARE HEALTH PLANS PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, agente de seguros u otra persona empleada o contratada por BayCare Health Plans, es posible que reciba un pago debido a mi inscripción en BayCare Health Plans.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que BayCare Health Plans divulgará mi información a Medicare y a otros planes cuando sea necesario para operaciones relacionadas con tratamientos, pagos y servicios médicos. También reconozco que BayCare Health Plans divulgará mi información, incluyendo los datos de los sucesos por los que requiera medicamentos recetados, a Medicare, que a su vez puede divulgarla con fines de investigación y con otros fines que cumplan con todas las leyes y reglamentaciones federales aplicables. La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa en este formulario de manera intencional, se cancelará mi afiliación al plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si la firma es de un representante autorizado (como se describió antes), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por las leyes estatales para hacer esta inscripción, y 2) los documentos que avalan esta autorización están disponibles si los solicita BayCare Health Plans o Medicare.

Firma:	Fecha de hoy:
--------	---------------

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

Nombre:	Relación con el afiliado:	Número de teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Confirmation # (Quick Entry or Telephone Enroll):

Plan ID#:	Effective Date of Coverage:
------------------	------------------------------------

Election Periods: **ICEP (I)** **IEP (E)** **2nd IEP (F)** **AEP (A)** **OEP** **OEPI (T)**

Special Election Periods: (Check all that apply)

<p>SEP (S)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SPAP <input type="checkbox"/> Loss of SNP <input type="checkbox"/> Retro Entitlement <input type="checkbox"/> Involuntary Loss/Creditable Coverage <input type="checkbox"/> Contract/Plan Non-Renewal <input type="checkbox"/> Contract Violations <input type="checkbox"/> Contract Term – Immediate <input type="checkbox"/> Contract Term – MAO <input type="checkbox"/> Contract Term – CMS <input type="checkbox"/> CMS Sanction <input type="checkbox"/> Not informed/Creditable Coverage <input type="checkbox"/> Error/Federal Employee 	<p>SEP (V)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Permanent Move <p>SEP (W)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gain or Loss of Employer Coverage <p>SEP (U)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dual Eligible <input type="checkbox"/> Medicaid Loss <input type="checkbox"/> Non-Dual with LIS <input type="checkbox"/> Non-Dual LIS loss/Redeeming <input type="checkbox"/> Non-Dual LIS loss/Determining
---	---

Not Eligible

Producer Name:	Producer NPN:	Application Receipt Date:
-----------------------	----------------------	----------------------------------



Devuelva la solicitud llena a:

BayCare Health Plans
P.O. Box 12847
St. Louis, MO 63132

Llame al (866) 947-5820 para obtener más información con respecto a su plan BayCare Health Plans, incluyendo servicios gratuitos de traducción. Los usuarios de TTY deben llamar al número gratuito 711. Nuestras líneas telefónicas están disponibles los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Puede comunicarse con el servicio de mensajería los fines de semana y días festivos desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Deje un mensaje y se le devolverá la llamada el siguiente día hábil. BayCare Health Plans es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en BayCare Health Plans depende de la renovación del contrato. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.