

Póngase en contacto con **Affinity Health Plan** si necesita información en otro idioma o formato (braille).

Para inscribirse en Affinity Health Plan, proporcione la siguiente información:

Seleccione un plan:

- Affinity Medicare Passport Essentials (HMO) \$0 por mes**
- Affinity Medicare Passport Essentials NYC (HMO) \$0 por mes**
- Affinity Medicare Ultimate (HMO-SNP) \$0 por mes**
- Affinity Medicare Solutions (HMO-SNP) \$0 por mes**

APELLIDO: _____ **NOMBRE:** _____ **INICIAL del 2.º nombre:** _____ Sr. Sra. Srta.

Fecha de nacimiento: (____ / ____ / ____) (M M / D D / Y Y Y Y)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono particular: ()	Número de teléfono alternativo: ()
--	---	--	---

Dirección de residencia permanente (no se admiten casillas de correo):

Ciudad: _____ **Condado:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

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

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Dirección de correo electrónico: _____

Contacto para emergencias: _____

Número de teléfono: () **Relación con usted:** _____

Proporcione la información de su seguro de Medicare

Tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare a mano para completar esta sección.

- Complete esta información tal 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 de Jubilación para Ferroviarios.

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

Número de Medicare: _____

Tiene derecho a: _____ Fecha de entrada en vigencia: _____

HOSPITAL (Parte A) _____

MÉDICOS (Part B) _____

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

COPIA PARA INSCRIPCIONES

Póngase en contacto con **Affinity Health Plan** si necesita información en otro idioma o formato (braille).

Para inscribirse en Affinity Health Plan, proporcione la siguiente información:

Seleccione un plan:

- Affinity Medicare Passport Essentials (HMO) \$0 por mes**
- Affinity Medicare Passport Essentials NYC (HMO) \$0 por mes**
- Affinity Medicare Ultimate (HMO-SNP) \$0 por mes**
- Affinity Medicare Solutions (HMO-SNP) \$0 por mes**

APELLIDO: _____ **NOMBRE:** _____ **INICIAL del 2.º nombre:** _____ Sr. Sra. Srta.

Fecha de nacimiento: (____ / ____ / ____) (M M / D D / Y Y Y Y)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono particular: ()	Número de teléfono alternativo: ()
--	---	---	--

Dirección de residencia permanente (no se admiten casillas de correo):

Ciudad: _____ **Condado:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

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

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Dirección de correo electrónico: _____

Contacto para emergencias: _____

Número de teléfono: () **Relación con usted:** _____

Proporcione la información de su seguro de Medicare

Tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare a mano para completar esta sección.

- Complete esta información tal 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 de Jubilación para Ferroviarios.

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

Número de Medicare: _____

Tiene derecho a: _____ Fecha de entrada en vigencia: _____

HOSPITAL (Parte A) _____

MÉDICOS (Part B) _____

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

COPIA PARA EL SOLICITANTE

Cómo pagar la prima del plan

Si determinamos que usted debe una multa por inscripción tardía (o si tiene actualmente una multa por inscripción tardía), necesitamos saber de qué manera prefiere pagarla. Puede pagar cada mes por correo. También puede pagar la prima mensualmente mediante descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB). Si debe un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D, será notificado por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. O se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o recibirá la factura directamente de Medicare o de la RRB. NO le pague a Affinity Health Plan el IRMAA de la Parte D.

Puede pagar la prima mensual del plan (incluida la multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que adeude) todos los meses por correo. También puede pagar la prima cada mes mediante descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB).

Si a usted se le adjudica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, será notificado por la Administración de Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o recibirá la factura directamente de Medicare o de la RRB. NO le pague a Affinity Health Plan el IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si resulta elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de los medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y los coseguros. Además, las personas que reúnen los requisitos no estarán sujetas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos beneficios y no lo saben. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, póngase en contacto con la oficina local del Seguro Social o bien llame al Seguro Social al 800.772.1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 800.325.0778. También puede solicitar ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si reúne los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una parte de la prima, le enviaremos a usted la factura por el monto que Medicare no cubra. Si no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Elija una opción de pago de la prima

Recibir una factura

Deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB). Obtengo beneficios mensuales: Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social/de la RRB puede demorarse hasta dos meses o más en comenzar luego 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, el primer descuento del cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales).

Cómo pagar la prima del plan

Si determinamos que usted debe una multa por inscripción tardía (o si tiene actualmente una multa por inscripción tardía), necesitamos saber de qué manera prefiere pagarla. Puede pagar cada mes por correo. También puede pagar la prima mensualmente mediante descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB). Si debe un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D, será notificado por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. O se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o recibirá la factura directamente de Medicare o de la RRB. NO le pague a Affinity Health Plan el IRMAA de la Parte D.

Puede pagar la prima mensual del plan (incluida la multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que adeude) todos los meses por correo. También puede pagar la prima cada mes mediante descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB).

Si a usted se le adjudica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, será notificado por la Administración de Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o recibirá la factura directamente de Medicare o de la RRB. NO le pague a Affinity Health Plan el IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si resulta elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de los medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y los coseguros. Además, las personas que reúnen los requisitos no estarán sujetas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos beneficios y no lo saben. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, póngase en contacto con la oficina local del Seguro Social o bien llame al Seguro Social al 800.772.1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 800.325.0778. También puede solicitar ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si reúne los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una parte de la prima, le enviaremos a usted la factura por el monto que Medicare no cubra. Si no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Elija una opción de pago de la prima

Recibir una factura

Deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB). Obtengo beneficios mensuales: Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social/de la RRB puede demorarse hasta dos meses o más en comenzar luego 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, el primer descuento del cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales).

Lea y responda estas preguntas importantes

1. ¿Tiene una enfermedad renal terminal (ESRD)? Sí No

Si recibió un trasplante de riñón satisfactorio o ya no necesita diálisis de forma regular, **adjunte una nota o los registros** del médico que indiquen que usted recibió un trasplante de riñón satisfactorio o que ya no necesita diálisis. De lo contrario, tal vez sea necesario que nos comuniquemos con usted para obtener información adicional.

2. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura para medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios de salud para empleados, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta además de la de su plan de Affinity Medicare Passport? Sí No

Si la respuesta es "sí", mencione la otra cobertura y su número de identificación para esa cobertura:

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

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

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

Nombre de la institución: _____

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

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

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

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

Elija el nombre de un médico de atención primaria (PCP), una clínica o un centro de salud:

Nombre: _____ Número de proveedor: _____

Dirección: _____

Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea español o en otro formato:

Inglés Chino Ruso Braille Cinta de audio Letra grande

Si necesita información en un formato o idioma distinto de los mencionados anteriormente, póngase en contacto con Affinity Health Plan al 877.234.4499. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Lea y responda estas preguntas importantes

1. ¿Tiene una enfermedad renal terminal (ESRD)? Sí No

Si recibió un trasplante de riñón satisfactorio o ya no necesita diálisis de forma regular, **adjunte una nota o los registros** del médico que indiquen que usted recibió un trasplante de riñón satisfactorio o que ya no necesita diálisis. De lo contrario, tal vez sea necesario que nos comuniquemos con usted para obtener información adicional.

2. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura para medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios de salud para empleados, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta además de la de su plan de Affinity Medicare Passport? Sí No

Si la respuesta es "sí", mencione la otra cobertura y su número de identificación para esa cobertura:

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

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

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

Nombre de la institución: _____

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

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

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

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

Elija el nombre de un médico de atención primaria (PCP), una clínica o un centro de salud:

Nombre: _____ Número de proveedor: _____

Dirección: _____

Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea español o en otro formato:

Inglés Chino Ruso Braille Cinta de audio Letra grande

Si necesita información en un formato o idioma distinto de los mencionados anteriormente, póngase en contacto con Affinity Health Plan al 877.234.4499. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

COPIA PARA EL SOLICITANTE



Lea esta información importante

Si cuenta actualmente con una cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en los planes de Affinity Medicare Passport podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato. Si se inscribe en los planes de Affinity Medicare Passport, podría perder la cobertura de salud provista por su empleador o sindicato. Lea las comunicaciones que le envían su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o póngase en contacto con la oficina que figura en las comunicaciones que le envían. Si no tiene información sobre con quién comunicarse, puede ponerse en contacto con el administrador de beneficios o con la oficina encargada de responder preguntas sobre su cobertura.

Lea y firme a continuación

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Los planes Affinity Medicare Passport son planes Medicare Advantage y tienen un contrato con el gobierno federal. Necesitaré conservar la cobertura de las Partes A y B de Medicare. Solamente puedo tener un plan Medicare Advantage a la vez y comprendo que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga o que pueda tener en el futuro. Generalmente, la inscripción en este plan es para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo dejar el plan o hacer cambios solo en determinados momentos del año, durante los períodos de inscripción disponibles (desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año) o en determinadas circunstancias especiales.

Los planes Affinity Medicare Passport brindan servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que estos planes brindan servicios, debo notificarle al plan para que pueda cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de este plan, tendré derecho a apelar las decisiones que tome el plan respecto de pagos o servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de cobertura de los planes Affinity Medicare Passport cuando lo reciba para conocer las normas que debo respetar para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas que tienen Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, salvo por la cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Affinity Health Plan es un plan HMO y HMO-SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa de atención administrada de Medicaid del estado de Nueva York. La inscripción en Affinity Health Plan depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Pueden aplicarse ciertas limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros y las restricciones pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. La prima, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba. Para obtener más detalles, póngase en contacto con el plan. Affinity Health Plan cumple con las leyes sobre derechos civiles federales vigentes y no discrimina en virtud de la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 877.234.4499 (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 877.234.4499 (TTY: 711)。



Lea esta información importante

Si cuenta actualmente con una cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en los planes de Affinity Medicare Passport podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato. Si se inscribe en los planes de Affinity Medicare Passport, podría perder la cobertura de salud provista por su empleador o sindicato. Lea las comunicaciones que le envían su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o póngase en contacto con la oficina que figura en las comunicaciones que le envían. Si no tiene información sobre con quién comunicarse, puede ponerse en contacto con el administrador de beneficios o con la oficina encargada de responder preguntas sobre su cobertura.

Lea y firme a continuación

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Los planes Affinity Medicare Passport son planes Medicare Advantage y tienen un contrato con el gobierno federal. Necesitaré conservar la cobertura de las Partes A y B de Medicare. Solamente puedo tener un plan Medicare Advantage a la vez y comprendo que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga o que pueda tener en el futuro. Generalmente, la inscripción en este plan es para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo dejar el plan o hacer cambios solo en determinados momentos del año, durante los períodos de inscripción disponibles (desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año) o en determinadas circunstancias especiales.

Los planes Affinity Medicare Passport brindan servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que estos planes brindan servicios, debo notificarle al plan para que pueda cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de este plan, tendré derecho a apelar las decisiones que tome el plan respecto de pagos o servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de cobertura de los planes Affinity Medicare Passport cuando lo reciba para conocer las normas que debo respetar para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas que tienen Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, salvo por la cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Affinity Health Plan es un plan HMO y HMO-SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa de atención administrada de Medicaid del estado de Nueva York. La inscripción en Affinity Health Plan depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Pueden aplicarse ciertas limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros y las restricciones pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. La prima, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según el nivel de Ayuda adicional que reciba. Para obtener más detalles, póngase en contacto con el plan. Affinity Health Plan cumple con las leyes sobre derechos civiles federales vigentes y no discrimina en virtud de la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 877.234.4499 (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 877.234.4499 (TTY: 711)。

Comprendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de los planes de Affinity Medicare Passport debo recibir toda la atención médica de los planes de Affinity Medicare Passport, salvo por los servicios de emergencia o urgencia, o por los servicios de diálisis fuera del área. Sin autorización, **NI MEDICARE NI AFFINITY PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Comprendo que si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por los planes Affinity Medicare Passport, esta persona puede recibir un pago en función de mi inscripción en los planes Affinity Medicare Passport.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que los planes Affinity Medicare Passport divulgarán mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para actividades relacionadas con tratamientos, pagos y atención médica. También reconozco que Affinity le divulgará mi información a Medicare, incluida la información sobre acontecimientos relacionados con medicamentos con receta, y que Medicare puede divulgarla con fines de investigación o con otros fines que cumplan con todas las leyes y reglamentaciones federales vigentes. A mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si de forma intencional proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud indica que he leído y comprendo su contenido. Si una persona autorizada (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada por la ley del estado para realizar esta inscripción y que 2) la documentación de esta autoridad estará disponible en caso de que Medicare la requiera.

Fecha de entrada en vigencia solicitada:

Fecha de hoy:

Firma:

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: () _____

Relación con la persona inscrita: _____

Únicamente para uso de la oficina:

Nombre del miembro del personal/agente/corredor (si obtuvo ayuda para la inscripción):

_____ N.º de ident. del plan: _____

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No Eligible: _____

N.º de ident. del miembro del personal/agente/corredor #: _____

Comprendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de los planes de Affinity Medicare Passport debo recibir toda la atención médica de los planes de Affinity Medicare Passport, salvo por los servicios de emergencia o urgencia, o por los servicios de diálisis fuera del área. Sin autorización, **NI MEDICARE NI AFFINITY PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Comprendo que si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por los planes Affinity Medicare Passport, esta persona puede recibir un pago en función de mi inscripción en los planes Affinity Medicare Passport.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que los planes Affinity Medicare Passport divulgarán mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para actividades relacionadas con tratamientos, pagos y atención médica. También reconozco que Affinity le divulgará mi información a Medicare, incluida la información sobre acontecimientos relacionados con medicamentos con receta, y que Medicare puede divulgarla con fines de investigación o con otros fines que cumplan con todas las leyes y reglamentaciones federales vigentes. A mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si de forma intencional proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud indica que he leído y comprendo su contenido. Si una persona autorizada (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada por la ley del estado para realizar esta inscripción y que 2) la documentación de esta autoridad estará disponible en caso de que Medicare la requiera.

Fecha de entrada en vigencia solicitada:

Fecha de hoy:

Firma:

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: () _____

Relación con la persona inscrita: _____

Únicamente para uso de la oficina:

Nombre del miembro del personal/agente/corredor (si obtuvo ayuda para la inscripción):

_____ N.º de ident. del plan: _____

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No Eligible: _____

N.º de ident. del miembro del personal/agente/corredor #: _____

Por lo general, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual, desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período. Las personas que tienen Medicare y Medicaid pueden inscribirse en cualquier momento del año.

Lea detenidamente los siguientes enunciados y marque la casilla del enunciado que corresponda en su caso. Si marca cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que cancelemos su inscripción en el plan.

- Soy miembro nuevo de Medicare.
- Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o hace poco me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (colocar la fecha) _____.
- Hace poco fui liberado de prisión. Me liberaron el (colocar la fecha) _____.
- Hace poco volví a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (colocar la fecha) _____.
- Hace poco obtuve el estado de residente legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (colocar la fecha) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid, o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare.
- Recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Ya no reúno los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta de Medicare. Dejé de recibir la Ayuda adicional el (colocar la fecha) _____.
- Voy a vivir o vivo en un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia o un centro de atención a largo plazo), o hace poco me fui de un centro de este tipo. Me mudé/me mudaré al centro (o me mudé/me mudare del centro) el (colocar la fecha) _____.
- Hace poco dejé de participar en un programa PACE el (colocar la fecha) _____.
- Hace poco y de forma involuntaria perdí mi cobertura acreditable para medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí la cobertura para mis medicamentos con receta el (colocar la fecha) _____.
- Voy a abandonar la cobertura de mi empleador o sindicato el (colocar la fecha) _____.
- Participo en un programa de asistencia farmacéutica que ofrece mi estado.
- Mi plan va a terminar su contrato con Medicare, o Medicare va a terminar su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP) pero ya no reúno los requisitos para participar en ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (colocar la fecha) _____.

El Período de inscripción anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Si ninguno de estos enunciados se aplica a usted o si no está seguro, póngase en contacto con Affinity Health Plan al 877.234.4499 para saber si cumple con los requisitos para inscribirse. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Por lo general, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual, desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período. Las personas que tienen Medicare y Medicaid pueden inscribirse en cualquier momento del año.

Lea detenidamente los siguientes enunciados y marque la casilla del enunciado que corresponda en su caso. Si marca cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que cancelemos su inscripción en el plan.

- Soy miembro nuevo de Medicare.
- Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o hace poco me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (colocar la fecha) _____.
- Hace poco fui liberado de prisión. Me liberaron el (colocar la fecha) _____.
- Hace poco volví a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (colocar la fecha) _____.
- Hace poco obtuve el estado de residente legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (colocar la fecha) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid, o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare.
- Recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Ya no reúno los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta de Medicare. Dejé de recibir la Ayuda adicional el (colocar la fecha) _____.
- Voy a vivir o vivo en un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia o un centro de atención a largo plazo), o hace poco me fui de un centro de este tipo. Me mudé/me mudaré al centro (o me mudé/me mudare del centro) el (colocar la fecha) _____.
- Hace poco dejé de participar en un programa PACE el (colocar la fecha) _____.
- Hace poco y de forma involuntaria perdí mi cobertura acreditable para medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí la cobertura para mis medicamentos con receta el (colocar la fecha) _____.
- Voy a abandonar la cobertura de mi empleador o sindicato el (colocar la fecha) _____.
- Participo en un programa de asistencia farmacéutica que ofrece mi estado.
- Mi plan va a terminar su contrato con Medicare, o Medicare va a terminar su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP) pero ya no reúno los requisitos para participar en ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (colocar la fecha) _____.

El Período de inscripción anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Si ninguno de estos enunciados se aplica a usted o si no está seguro, póngase en contacto con Affinity Health Plan al 877.234.4499 para saber si cumple con los requisitos para inscribirse. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.