

Comuníquese con Scott and White Health Plan si necesita información en otro idioma o formato.

**1 Para Inscribirse en SeniorCare (Cost), Sírvase Proporcionar la Siguiete Información:**

**Marque con una "X" el plan médico en el cual desea inscribirse:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> SeniorCare Select \$0                                | <input type="checkbox"/> SeniorCare VIP & Dental \$143                      |
| <input type="checkbox"/> SeniorCare Select & Dental \$13                      | <input type="checkbox"/> SeniorCare VIP w/Basic Rx \$206.50                 |
| <input type="checkbox"/> SeniorCare Select w/Value Rx \$57.60                 | <input type="checkbox"/> SeniorCare VIP w/Basic Rx & Dental \$219.50        |
| <input type="checkbox"/> SeniorCare Select w/Value Rx & Dental \$70.60        | <input type="checkbox"/> SeniorCare VIP w/Enhanced Rx \$253.20              |
| <input type="checkbox"/> SeniorCare Preferred \$90                            | <input type="checkbox"/> SeniorCare VIP w/Enhanced Rx & Dental \$266.20     |
| <input type="checkbox"/> SeniorCare Preferred & Dental \$103                  | <input type="checkbox"/> SeniorCare Premium \$183                           |
| <input type="checkbox"/> SeniorCare Preferred w/Basic Rx \$166.50             | <input type="checkbox"/> SeniorCare Premium & Dental \$196                  |
| <input type="checkbox"/> SeniorCare Preferred w/Basic Rx & Dental \$179.50    | <input type="checkbox"/> SeniorCare Premium w/Basic Rx \$259.50             |
| <input type="checkbox"/> SeniorCare Preferred w/Enhanced Rx \$213.20          | <input type="checkbox"/> SeniorCare Premium w/Basic Rx & Dental \$272.50    |
| <input type="checkbox"/> SeniorCare Preferred w/Enhanced Rx & Dental \$226.20 | <input type="checkbox"/> SeniorCare Premium w/Enhanced Rx \$306.20          |
| <input type="checkbox"/> SeniorCare VIP \$130                                 | <input type="checkbox"/> SeniorCare Premium w/Enhanced Rx & Dental \$319.20 |

*Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B.*

Por favor, indique la fecha de vigencia de la inscripción solicitada: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo: \_\_\_\_\_  Sr.  Sra.  Srta.

Fecha de Nacimiento: ( __ / __ / ____ ) (MES / DÍA / AÑO)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Teléfono (en casa): ( )	Otro Número de Teléfono: ( )
---	--	--------------------------------------	---------------------------------

Dirección Permanente de Domicilio: (No puede ser un buzón de correo o "P.O. Box")

Ciudad:	Estado:	Condado:	Código Postal:
---------	---------	----------	----------------

**Dirección Postal** (solo de ser diferente a su domicilio permanente:)

Número y Calle:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
-----------------	---------	---------	----------------

**Contacto de Emergencia:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Parentesco con Usted:** \_\_\_\_\_

**Dirección de Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

**2 Proporcione la Información de su Seguro de Medicare:**

Para llenar esta sección, sírvase tener a la mano su tarjeta de Medicare de color rojo, blanco y azul.

- Escriba esta información tal y como aparece en su tarjeta de Medicare.
- O BIEN -
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de la carta que recibió de Social Security o del Railroad Retirement Board.

Nombre (tal y como aparece en su tarjeta de Medicare): \_\_\_\_\_

Número de Medicare \_\_\_\_\_

Autorizado para recibir: \_\_\_\_\_ Fecha de Vigencia: \_\_\_\_\_

SEGURO DE HOSPITAL (Parte A) \_\_\_\_\_  
SEGURO MÉDICO (Parte B) \_\_\_\_\_

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

**Usted puede pagar la prima mensual de su plan (si corresponde al caso) por correo regular, mediante una transferencia electrónica de fondos (EFT) o tarjeta de crédito cada mes. Incluso, usted puede optar también por pagar su prima autorizando una deducción automática mensual de su cheque del Seguro Social.**

Las personas de bajos recursos podrían ser elegibles para recibir ayuda adicional para el pago del costo de sus medicinas recetadas. De ser elegible, Medicare podría pagar 75% o más del costo de su medicamento incluyendo las primas para medicinas recetadas, deducibles anuales y coseguro. Además, las personas elegibles no estarán sujetas al recargo o sanción por brecha en la cobertura o por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos ahorros y no lo saben. Para más información acerca de esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina de Social Security o llámelos al 1-800-772-1213. Las personas con impedimento auditivo que utilicen TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede presentar su solicitud para recibir ayuda adicional, visitando el [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si usted es elegible para recibir ayuda adicional con el costo de cobertura para medicinas recetadas de Medicare, Medicare pagará la prima de su plan total o parcialmente. Si Medicare solo paga una parte de esta prima, le facturaremos a usted la cantidad que no cubra Medicare.

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

**Sírvase seleccionar una opción para el pago de su prima:**

Una factura mensual.

Una transferencia electrónica de fondos (EFT) efectuada mensualmente a su cuenta bancaria.

Sírvase anexar un cheque NULO (*VOIDED*) o proporcionar la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Número de ruta (*routing number*): \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta:  Cuenta Corriente  Cuenta de Ahorros

Deducción automática de su cheque mensual de beneficios de Social Security o Railroad Retirement Board (RRB).

Yo recibo beneficios mensuales de:  Social Security  RRB

(La deducción de su cheque de Social Security/RRB podría tomar dos o más meses para que comience a efectuarse después de haberla aprobado Social Security o RRB. En la mayoría de los casos, si Social Security o RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios no incluirá todas las primas que usted deba desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta la fecha en que haya comenzado a efectuarse la retención de fondos. Le enviaremos una factura impresa para los meses antes de que empiece la deducción de su cheque del Social Security/RRB. Si el Social Security o RRB no aprueba su solicitud para que se efectúen deducciones automáticas, le enviaremos a usted una factura impresa por sus primas mensuales).

## 4 Lea y Conteste estas Importantes Preguntas:

1. ¿Padece usted la Enfermedad Renal en Fase Terminal (End-Stage Renal Disease o ESRD)?  Sí  No  
Si usted responde que "Sí" a esta pregunta y ya no necesita recibir diálisis más, o le han efectuado un trasplante exitoso de riñón, **adjunte constancia o registros médicos** emitidos por su doctor como comprobante de que a usted le han efectuado un trasplante exitoso de riñón o no requiere diálisis.

2. ¿Trabajan usted o su cónyuge?  Sí  No  
¿Posee usted cobertura médica a través del empleador actual o anterior, ya sea suyo o de su cónyuge?  Sí  No  
De ser "Sí" su respuesta, proporcione la siguiente información:  
Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de la Póliza: \_\_\_\_\_

3. ¿Está usted inscrito en un programa estatal de Medicaid?  Sí  No  
De ser "Sí" su respuesta, proporcione su número de Medicaid: \_\_\_\_\_

### Responda el #4 solamente si selecciona SeniorCare con Beneficio de Medicinas Recetadas:

4. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicinas recetadas, incluyendo otros seguros privados, como por ejemplo, a través de un empleador o por parte del empleador de su cónyuge, TRICARE, cobertura de beneficios médicos para empleados federales, beneficios de veteranos (VA) o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá usted otra cobertura para medicinas recetadas además de SeniorCare Advantage? Sí  No   
De ser "Sí" su respuesta, escriba el nombre de la otra cobertura y su número de identificación (ID):  
Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_ Nro. de Identificación de esta cobertura: \_\_\_\_\_ Nro. de Grupo de esta cobertura: \_\_\_\_\_

Marque con una "X" el recuadro que aparece a continuación, si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea el inglés:  Español



## Lea Esta Información Importante

**Si posee actualmente cobertura médica obtenida a través de su empleo o de un sindicato, el que usted pertenezca a SeniorCare podría afectar los beneficios que recibe a través de su empleador o sindicato.** Si posee cobertura médica obtenida a través de su empleo o de un sindicato, el inscribirse en SeniorCare y si selecciona el plan de medicinas recetadas de Medicare podría afectar la manera en que su cobertura actual trabaja. Lea los comunicados que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite el sitio web de ellos o comuníquese con la oficina que se menciona en dichos comunicados. De no haber ninguna información o el nombre de la persona con la cual debe comunicarse, podrá ayudarle su administrador de beneficios o la oficina encargada de contestar las preguntas relacionadas con la cobertura.

## 5 Lea y Firme la Información que Aparece a Continuación:

### Al llenar esta solicitud de inscripción, expreso estar de acuerdo con lo siguiente:

Scott and White Health Plan es un plan que pertenece a Medicare y necesitaré mantener mi Parte B de Medicare. Puedo estar en un solo plan médico de Medicare a la vez. Es mi responsabilidad informarle de cualquier cobertura de medicinas recetadas que yo tenga o pueda obtener en el futuro. Sé que puedo cancelar la inscripción de este plan en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a Scott and White Health Plan o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) en cualquier momento, 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Scott and White Health Plan presta servicios a un área en particular. Si me mudo fuera del área a la cual Scott and White Health Plan preste servicios, debo notificarle al plan para poder darme de baja de este plan y buscar otro plan nuevo en mi nueva área. Una vez que yo sea miembro del Scott and White Health Plan, tendré derecho a apelar cuando no esté de acuerdo con las decisiones del plan relacionadas con el pago o servicios. Cuando lo reciba, leeré el documento relacionado con la Evidencia de Cobertura de Scott and White Health Plan. Lo leeré para enterarme de las reglas que debo seguir para obtener cobertura con este plan médico de Medicare.

Comprendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Scott and White Health Plan, para que Scott and White Health Plan cubra completamente mis servicios médicos (excepto los servicios de emergencia o urgentemente necesarios), toda mi atención médica debe ser proporcionada por o concertada por Scott and White Health Plan. Si obtengo servicios no proporcionados o dispuestos por el plan, seré responsable de todos los deducibles y coseguro de Medicare, así como de los cargos adicionales según lo prescrito por el programa de Medicare. También puedo ser responsable por cargos no cubiertos por Medicare.

Los beneficiarios de Medicare generalmente no están cubiertos por Medicare mientras están fuera del país, excepto por cobertura limitada en Canadá y México. Los servicios autorizados por Scott and White Health Plan y otros servicios contenidos en el documento de Evidencia de Cobertura de Scott and White Health Plan (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) serán cubiertos.

**Divulgación de Información:** Al inscribirme en este plan médico de Medicare, acepto que Scott and White Health Plan le divulgue mi información a Medicare y otros planes médicos según fuere necesario por razones de tratamiento, pago y operaciones relacionadas con la asistencia médica. Acepto además que Scott and White Health Plan le divulgue, a Medicare, mi información, incluyendo datos en cuanto a situaciones relacionadas con medicinas recetadas, para fines de investigación y demás propósitos que sigan todos los estatutos y regulaciones federales aplicables. La información que aparece en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario se dará por terminada mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma en esta solicitud (o la firma de la persona que he autorizado para que actúe en mi nombre de conformidad con las leyes del estado donde resido) certifica que yo he leído y comprendo el contenido de esta solicitud de inscripción. De firmarla una persona autorizada (según lo descrito anteriormente), esta firma certifica 1) que dicha persona está autorizada bajo la ley estatal para llenar este formulario de inscripción y 2) que la documentación que respalda dicha autoridad o poder está disponible a petición de Scott and White Health Plan o por Medicare.

**Firma:**

**Fecha de hoy:**

Si usted es el representante autorizado, deberá firmar anteriormente y proporcionar la siguiente información:

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Parentesco con la Persona que se Está Inscribiendo en el Plan:** \_\_\_\_\_

**Para Uso de la Oficina Solamente (Office Use Only):**

Agent Name: \_\_\_\_\_ NPN: \_\_\_\_\_

Agent Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Enrollment Period:**  IEP  AEP  SEP (type): \_\_\_\_\_

Effective Date of Coverage: \_\_\_\_\_

SeniorCare (Cost) HMO lo ofrece Scott and White Health Plan, una organization de Medicare Advantage que posee contrato con Medicare. La inscripción en el plan SeniorCare depende de la renovación del contrato.

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-334-3141 (TTY 1-800-735-2989). **ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-334-3141 (TTY 1-800-735-2989). **CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-334-3141 (TTY 1-800-735-2989).

Scott and White Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Scott and White Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Scott and White Health Plan tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.