

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

**1 Para Inscribirse en Vital Traditions, Sírvase Proporcionar la Siguiete Información:**

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

**Vital Traditions HMO \$0**       **Vital Traditions HMO w/Dental \$17**

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

Fecha de Nacimiento:                      Sexo:                      Número de Teléfono (en casa):                      Alternate Phone Number:  
(\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ )                       M    F                      (   )                      (   )  
(DÍA / MES / AÑO)

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

Ciudad:                      Condado:                      Estado:                      Código Postal:

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

Número y Calle Ciudad:                      Ciudad:                      Condado:                      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

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.

**3 Para Pagar la Prima de su Plan**

**Si determinamos que usted debe una sanción por inscripción tardía (o si tiene actualmente una sanción por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Esto puede hacerlo mensualmente por correo regular, mediante una transferencia electrónica de fondos (EFT) o con una tarjeta de crédito. Usted puede optar también por pagar su prima autorizando una deducción automática mensual de su cheque de beneficios de Social Security o de Railroad Retirement Board (RRB).**

**Si le cobran un recargo o Ajuste Mensual de la Parte D en relación con la cantidad mensual ajustada, usted recibirá una notificación de la Administración del Seguro Social. Usted será entonces responsable de pagar el recargo adicional además de la prima de su plan. Para ello, Medicare o RRB le retendrán dicha cantidad de su cheque de beneficios de Social Security o se le facturará a usted directamente. NO le pague la Parte D-IRMAA a Scott and White Health Plan.**

**3****Para Pagar la Prima de su Plan - Continuación**

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 mensuales 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 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. Si 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 a usted le han efectuado un trasplante exitoso de riñón y/o no necesita ya recibir diálisis, **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. De lo contrario, podríamos tener que comunicarnos con usted para solicitar información adicional.

2. Algunas personas podrían tener otra cobertura para medicinas, incluyendo otros seguros privados, TRICARE, cobertura para beneficios médicos de empleados federales, beneficios para veteranos (VA) o programas estatales de ayuda 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: \_\_\_\_\_

3. ¿Vive usted en una institución de cuidado a largo plazo como, por ejemplo, un asilo (nursing home)?  Sí  No

De ser "Sí" su respuesta, proporcione la siguiente información:

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

Dirección y Número de Teléfono de la Misma (número y calle): \_\_\_\_\_

4. ¿Está usted inscrito en un programa estatal de Medicaid?  Sí  No

De ser "Sí" su respuesta, proporcione su número de Medicaid: \_\_\_\_\_

5. ¿Trabajan usted o su cónyuge?  Sí  No

**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

Comuníquese con Scott and White Health Plan llamando al 1-866-334-3141 si necesita información en otro formato o idioma no mencionado anteriormente. Nuestra oficina abre todos los días, de 7 a.m. a 8 p.m.

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989.



### Lea Esta Información Importante

**Si posee actualmente cobertura médica obtenida a través de su empleo o de un sindicato, si se inscribe en a Vital Traditions podría afectar los beneficios que recibe a través de su empleador o sindicato. Usted podría perder dicha cobertura si se inscribe en Vital Traditions.** 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 Advantage y que tiene contrato con el gobierno federal. Yo tendré que mantener mis coberturas de Medicare Parte A y B. Solo puedo pertenecer a un plan Medicare Advantage a la vez y comprendo que mi inscripción en este plan dará automáticamente por terminada mi inscripción en cualquier otro plan médico de Medicare o plan para medicinas recetadas. Es responsabilidad mía informarles a ustedes sobre cualquier cobertura para medicinas recetadas que yo tenga o pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan es generalmente por todo el año. Una vez que me inscriba, puedo dejar este plan o realizar cambios solo en ciertas épocas del año en que esté disponible un período de inscripción (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

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. 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 Medicare Advantage. Comprendo que las personas que tengan Medicare no están generalmente cubiertas al salir del país, excepto por una limitada cobertura que aún mantienen cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Scott and White Health Plan, debo recibir toda mi atención médica de parte de Scott and White Health Plan, excepto los servicios de emergencia o de urgencia o los servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios autorizados por Scott and White Health Plan y demás servicios contenidos en mi Evidencia de Cobertura de Scott and White Health Plan (conocida también como contrato para miembros del plan o acuerdo de suscripción). Sin autorización, **NI MEDICARE NI SCOTT AND WHITE HEALTH PLAN PAGARÁN POR TALES SERVICIOS.**

Comprendo que recibiré ayuda a través de agentes de venta, agentes de seguro y demás personas que trabajen o tengan contrato con Scott and White Health Plan. Dicha persona podría recibir remuneración basada en mi inscripción en Scott and White Health Plan.

**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 Medicare.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

If you are the authorized representative, you must sign above and provide the following information:

**Name:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_

**Phone Number:** ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Relationship to Enrollee:** \_\_\_\_\_

**Office Use Only:**

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

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

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

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

Vital Traditions HMO es ofrecido por Scott and White Health Plan a través de su subsidiaria Compañía de Seguros de Scott and White, una organización de Medicare Advantage con un Contrato de Medicare. La inscripción en Vital Traditions depende de la renovación del contrato.

Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.

**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.

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

**Por lo general, usted solo puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage durante el período de inscripción anual, que va del 15 de octubre al 7 de diciembre cada año.** Hay excepciones que podrían permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de ese período.

Lea detenidamente las siguientes declaraciones y marque con una "X" el recuadro que se aplique a usted. Al marcar cualquiera de estos recuadros, usted certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para un Período de Inscripción. De determinarse posteriormente que esta información es incorrecta, podría darse por terminada su inscripción en el plan.

- Soy un miembro nuevo de Medicare.
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una opción nueva para mí. Yo me mudé el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente fui liberado del encarcelamiento. Esto sucedió el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de haber vivido permanentemente fuera del país. Yo regresé el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Esto fue el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Tengo tanto Medicare como Medicaid o mi estado me ayuda a pagar por mis primas de Medicare.
- Recibo ayuda adicional para pagar por la cobertura de medicinas recetadas de Medicare.
- Ya no soy elegible para recibir ayuda adicional para el pago de mis medicinas recetadas de Medicare. Dejé de recibir ayuda adicional el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Me estoy mudando, vivo o recientemente me mudé de una institución de cuidado a largo plazo (como por ejemplo un asilo [nursing home] o una institución a largo plazo). Me mudé / me voy a mudar / me mudaré de dicha institución el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente dejé el programa PACE. Esto fue el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente y de manera involuntaria perdí mi cobertura acreditable para medicinas recetadas (una cobertura como la de Medicare). Perdí la cobertura de medicinas recetadas el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Voy a dejar de estar cubierto por mi empleador o sindicato (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Pertenezco a un programa de ayuda farmacéutica que proporciona mi estado.
- Mi plan está por terminar su contrato con Medicare o Medicare está terminando el contrato con mi plan médico.
- Estuve inscrito en un Plan para Necesidades Especiales (Special Needs Plan o SNP, por sus siglas en inglés), pero he perdido mi elegibilidad para necesidades especiales requerida para poder permanecer en el plan. Se dio por terminada mi cobertura de SNP el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o si no está seguro al respecto, comuníquese con Scott and White Health Plan al 1-800-782-5068 (Los usuarios de TTY deben llamar al: 1-800-735-2989) para determinar si es usted elegible para inscribirse. Nuestras oficinas abren de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.