



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

**1 Para Inscribirse en SeniorCare Advantage, Sírvase Proporcionar la Siguiente Información:**

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

- SeniorCare Advantage PPO (North Texas) \$36
- SeniorCare Advantage PPO w/Dental (North Texas) \$56

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:	Condado:	Estado:	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 de 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.

**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).**

**Puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga o deba actualmente) por correo transferencia electrónica de fondos (EFT), tarjeta de crédito cada mes. También puede optar por pagar su prima por deducción automática de su cheque de beneficios de la Social Security o de Railroad Retirement Board (RRB) cada mes.**

Si se le aplica un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, la Administración del Social Security le notificará. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Social Security o Medicare o RRB le facturará directamente. NO pague Scott and White Health Plan la Parte D-IRMAA.

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).

### 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?  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 un idioma que no sea el inglés o en un formato accesible:**

Español  Letra Grande

Comuníquese con Scott and White Health Plan llamando al 1-866-334-3141 si necesita información en un formato accesible o en un 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 711 .



### Lea Esta Información Importante

**Si posee actualmente cobertura médica obtenida a través de su empleo o de un sindicato, al inscribirse en SeniorCare Advantage podría afectar los beneficios que recibe a través de su empleador o sindicato. Usted podría perder dicha cobertura si se inscribe en SeniorCare Advantage.** 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 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 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 de inicio de la cobertura de Scott and White Health Plan, el uso de servicios dentro de la red puede costar menos que el uso de servicios fuera de la red, excepto por servicios de emergencia o urgentes o servicios de diálisis fuera del área. Si es médicamente necesario, Scott and White Health Plan proporciona reembolsos por todos los beneficios cubiertos, incluso si recibo servicios fuera de la red. 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 inscribirse 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.

<b>Firma:</b> _____	<b>Fecha de hoy:</b> _____
---------------------	----------------------------

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

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

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

**Enrollment Period:**  IEP  AEP  SEP (type): \_\_\_\_\_  Not Eligible

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

Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.

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.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- 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 tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente recibí Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Esto fue el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Tengo tanto Medicare como Medicaid (mi estado me ayuda a pagar por mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- 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.
- Me inscribí en un plan de Medicare (o mi estado) y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó en (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- 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) \_\_\_\_\_.
- Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA). Una de las otras declaraciones aquí se aplicó a mí, pero no pude realizar mi inscripción debido a un desastre natural.

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: 711 ) para determinar si es usted elegible para inscribirse. Nuestras oficinas abren de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.



## Aviso de No Discriminación

---

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-884-4901 (TTY: 711).

SHA, LLC d/b/a FirstCare Health Plans y Southwest Life & Health Insurance Company cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. FirstCare Health Plans y Southwest Life & Health Insurance Company no excluyen a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

FirstCare Health Plans y Southwest Life & Health Insurance Company:

- Proporcionan asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Información escrita en otros formatos (letra grande y formatos electrónicos accesibles)
- Proporcionan servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento al 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a [SWHPComplianceDepartment@BSWHealth.org](mailto:SWHPComplianceDepartment@BSWHealth.org).

Si cree que FirstCare Health Plans y Southwest Life & Health Insurance Company no han proporcionado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con:

Compliance Officer  
1206 West Campus Drive, Suite 151  
Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento; 1-888-484-6977 o <https://app.mycompliancereport.com/report.aspx?cid=swhp>.

Puede presentar una queja en persona o por correo, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Oficial de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

Southwest Life & Health Insurance Company es una subsidiaria de propiedad total de SHA, LLC d/b/a FirstCare Health Plans (una subsidiaria de propiedad total de Scott and White Health Plan). Los planes PPO son ofrecidos por Southwest Life & Health Insurance Company. SHA, LLC ofrece los planes HMO, Medicaid y Medicare.