

Comuníquese con FirstCare Health Plans si necesita información en otro idioma o formato (Braille).

Para inscribirse en FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP), brinde la siguiente información:			
Verifique el plan en el que desea inscribirse:		<input type="checkbox"/> FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) \$0 - \$20.80 por mes	
Apellido: _____	Nombre: _____	Inicial del segundo nombre: _____	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Sra./Srita
Fecha de nacimiento: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Número de teléfono: _____	Número de teléfono alternativo: _____
Dirección de residencia permanente (no se permiten casillas de correo): _____			
Ciudad: _____	Condado: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Dirección postal (solo si es diferente de su dirección de residencia permanente):			
Domicilio: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Código: _____			
Dirección de correo electrónico:			

Proporcione su información de seguro de Medicare:	
<p>Saque su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.</p> <p><input type="checkbox"/> Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.</p> <p style="padding-left: 20px;">○</p> <p><input type="checkbox"/> Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.</p>	<p>Nombre <i>(tal como aparece en su tarjeta de Medicare):</i></p> <p>_____</p> <p>Número de Medicare: _____</p> <p>Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigencia:</p> <p><i>HOSPITAL (Parte A)</i> _____</p> <p><i>MÉDICO (Parte B)</i> _____</p> <p>NOTA: Debe tener Medicare Parte A y Parte B para inscribirse en un plan Medicare Advantage.</p>

Pago de la prima de su plan:

Si determinamos que usted debe una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT) o con tarjeta de crédito mensual o trimestralmente. También puede optar por pagar su prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés) cada mes. Si se le aplica un Monto Mensual Ajustado en Relación con los Ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés) de la Parte D, la Administración del Seguro Social lo notificará. 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 Medicare o la RRB le facturarán directamente. **NO pague a FirstCare Advantage Dual SNP la IRMAA de la Parte D.**

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga o pueda deber) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT) o tarjeta de crédito cada mes. También puede optar por pagar su prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés) cada mes.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Adicional (“*Extra Help*”) para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califican no quedarán sujetos a la brecha de cobertura ni a multas por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para ahorrar este dinero y ni siquiera lo saben. Para obtener más información acerca de esta Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar Ayuda Adicional en línea en www.segurosocial.gov/prescriptionhelp.

Si califica para la Ayuda Adicional con sus costos de cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le enviaremos una factura por el monto que Medicare no cubre.

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

Seleccione una opción de pago de la prima:

- Recibir una factura.
- Deducir en forma automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviario (RRB).
Obtengo beneficios mensuales de: *Seguro Social* *RRB*

(La deducción del Seguro Social/RRB puede demorar dos o más meses en comenzar una vez 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 de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta el momento en que comienza la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

Le rogamos que lea y responda las siguientes preguntas (importante):

1. ¿Tiene una enfermedad renal en etapa terminal? Sí No
Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso o ya no necesita diálisis regular, **adjunte una nota o registros** de su médico en los que se demuestre que ha tenido un trasplante de riñón exitoso o que no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que necesitemos contactarlo para obtener información adicional.
2. ¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como una casa de reposo? Sí No
Si su respuesta fue afirmativa, proporcione la siguiente información:
Nombre de la institución: _____
Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle): _____
3. ¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid? Sí No
Si su respuesta fue afirmativa, proporcione su número de Medicaid: _____
4. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

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

Marque uno de los cuadros a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible:

- Español Letra Grande

Comuníquese con FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) al 1-866-229-4969 si necesita información en un formato accesible o en un idioma diferente que no sea el mencionado anteriormente. Atendemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., siete días a la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

Le rogamos que lea la siguiente información (importante):

Si actualmente tiene cobertura médica de un empleador o sindicato, unirse a FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) podría afectar los beneficios de salud que le brindan su empleador o sindicato. Puede perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en FirstCare Advantage Dual SNP. Lea las comunicaciones que le envían su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que figura en sus comunicaciones. Si no hay información sobre a quién contactar, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarlo.

Le rogamos que lea lo siguiente y firme a continuación:

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Necesitaré conservar mis Partes A y B de Medicare. Puedo estar en un solo plan Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi inscripción en este plan dará por finalizada en forma automática mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan generalmente es para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo abandonar este plan o realizar cambios solo en ciertos momentos del año cuando esté disponible un período de inscripción (Ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o en ciertas circunstancias especiales.

FirstCare Advantage Dual SNP abarca un área de servicio específica. Si me mudo del área en que FirstCare Advantage Dual SNP brinda servicio, debo notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de FirstCare Advantage Dual SNP, tengo el derecho de apelar las decisiones del plan sobre el pago o los servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el Manual del miembro o el documento de Evidencia de Cobertura de FirstCare Advantage Dual SNP cuando lo reciba para saber qué reglas debo seguir para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, a excepción de una cobertura limitada que se ofrece cerca de la frontera de los EE. UU.

Entiendo que, a partir de la fecha en que comienza la cobertura FirstCare Advantage Dual SNP, debo obtener toda mi atención médica de FirstCare Advantage Dual SNP, excepto por servicios de emergencia o de urgencia, o servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por FirstCare Advantage Dual SNP y otros servicios incluidos en la Evidencia de Cobertura de FirstCare Advantage Dual SNP (también conocido como "Contrato de Miembro" o "Acuerdo de Suscriptor") estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI FIRSTCARE ADVANTAGE DUAL SNP PAGARÁN POR LOS SERVICIOS PRESTADOS.**

Entiendo que, si recibo asistencia de un agente de ventas, representante u otra persona empleada o contratada por FirstCare Advantage Dual SNP, se le puede pagar en función de mi inscripción en FirstCare Advantage Dual SNP.

Divulgación de la información: Al unirme a este plan de salud de Medicare, reconozco que FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) divulgará mi información a Medicare y a otros planes, según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. También reconozco que FirstCare Advantage Dual SNP divulgará mi información a Medicare que incluye mis datos de eventos de medicamentos recetados, quien podrá divulgarla para fines de investigación y otros propósitos que cumplan con todos los estatutos y reglamentos federales aplicables. La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción al plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si está firmado por una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y 2) la documentación de esta autorización está disponible a petición de Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____

Relación con el afiliado: _____

Solo para uso interno

Nombre del miembro del personal/agente/representante (si el afiliado requirió asistencia para la inscripción): _____ Número de identificación del plan: _____

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____

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

Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B.

FirstCare Health Plans complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. FirstCare Health Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. FirstCare Health Plans 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 FirstCare Health Plans al 1-866-229-4969 (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 8 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.

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.