



Comuníquese con ConnectiCare, Inc. si necesita información en otro idioma o formato.

Para inscribirse, proporcione la siguiente información:

Nota para el solicitante: Para obtener información sobre el área de servicio y las primas de los planes *Medicare Advantage de ConnectiCare* disponibles para usted, consulte el Resumen de beneficios.

Marque el plan en el que desea inscribirse:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Plan ConnectiCare Choice 1 (HMO) | <input type="checkbox"/> Plan ConnectiCare Flex 1 (HMO-POS) |
| <input type="checkbox"/> Plan ConnectiCare Choice 2 (HMO) | <input type="checkbox"/> Plan ConnectiCare Flex 2 (HMO-POS) |
| <input type="checkbox"/> Plan ConnectiCare Choice 3 (HMO) | <input type="checkbox"/> Plan ConnectiCare Flex 3 (HMO-POS) |
| <input type="checkbox"/> Plan ConnectiCare Passage 1 (HMO) | |

Agregar plan dental complementario opcional

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE: _____ Sr. Sra. Srta.

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

Dirección de correo electrónico:

Domicilio permanente (no apartado postal):

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo (solo si difiere de la anterior):

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Contacto de emergencia: _____ **Número de teléfono:** _____ **Relación que lo une a usted:** _____

Proporcione información de su seguro de Medicare

Para completar esta sección, tome su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

- Complete esta información tal como figura en su tarjeta de Medicare.

O

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios.

Nombre (tal como figura en su tarjeta de Medicare): _____

Número de Medicare: _____

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

HOSPITAL (Parte A): _____

ATENCIÓN MÉDICA (Parte B): _____

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

Pago de la prima de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier sanción por inscripción tardía que tenga en la actualidad o que adeude en el futuro) por correo, o visitar www.connecticare.com/medicare para ver más opciones de pago. También puede optar por pagar su prima mediante deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB), cada mes. Si se calcula un monto de ajuste mensual por ingreso (IRMAA) de la Parte D, la Administración del Seguro Social le notificará. Usted será responsable de pagar este monto extra, 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 se lo cobrarán directamente. **NO le pague el IRMAA de la Parte D a ConnectiCare, Inc.**

(La deducción del Seguro Social o la RRB puede tardar dos o tres 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 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 por sus primas mensuales).

Las personas con ingresos limitados podrían reunir los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos de venta con receta. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, lo que incluye las primas mensuales de los medicamentos de venta bajo receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes reúnan los requisitos no estarán sujetos al período sin cobertura ni a la sanción por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para este programa de ahorros y no lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina de Seguro Social local o llame al Seguro Social al **800-772-1213**. Los usuarios de un dispositivo TTY deben llamar al **800-325-0778**. También puede solicitar ayuda adicional en línea en **socialsecurity.gov/prescriptionhelp**. Si reúne los requisitos para recibir ayuda adicional con los costos de cobertura de sus medicamentos de venta con receta de Medicare, Medicare pagará la prima de su plan, total o parcialmente. Si Medicare solo paga una parte de esta prima, le cobraremos el monto que Medicare no cubre. **Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.**

¿Desea que la prima de este plan se deduzca de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la RRB?

Sí No

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

Lea y conteste estas preguntas importantes:

1. ¿Padece de nefropatía terminal (ESRD)? Sí No

Si ha recibido un trasplante de riñón exitoso o ya no necesita realizarse diálisis de forma regular, **adjunte una nota o los registros** de su médico donde conste que ha recibido un trasplante de riñón exitoso o que ya no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que debamos comunicarnos con usted para obtener más información.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, esto incluye otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios para la salud para empleados federales, beneficios de la Administración de Veteranos (VA) o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos de venta bajo receta adicional a este plan? Sí No

Si la respuesta es "Sí", mencione su otra cobertura y el (los) número(s) de identificación (ID) de esta cobertura:

Nombre de la cobertura: _____ N.º de ID de esta cobertura: _____ N.º de grupo de esta cobertura: _____

3. ¿Vive en un centro de cuidados a largo plazo, tal como un asilo? 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 de Medicaid de su estado? ***(Es obligatorio para inscribirse en planes SNP)**

Sí No Si la respuesta es "Sí", indique su número de Medicaid: _____

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

6. **Elija el nombre de su médico de cabecera (PCP) en nuestro directorio de proveedores.**

Nombre _____ PCP n.º _____ Paciente actual

Marque una de las casillas siguientes si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible: Español Letra grande

Comuníquese con ConnectiCare al 1-877-224-8220, TTY: 711, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, si necesita información en un idioma o formato accesible que no sea el mencionado anteriormente.

Complete esta sección para determinar el período de elección para el que califica

Por lo general, podrá inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual que es del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de dicho período.

Lea las siguientes declaraciones con atención y marque la casilla si la declaración se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información no es correcta, se podrá cancelar su inscripción.

- Me inscribo durante el período de inscripción anual (AEP) del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan de 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. Me mudé el ____/____/____.
- Recientemente, fui liberado de una encarcelación. Me liberaron el ____/____/____.
- Recientemente, regresé a los Estados Unidos luego de vivir de forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el ____/____/____.
- Recientemente, obtuve el estatus de residencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el ____/____/____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente recibí Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el ____/____/____.
- Recientemente tuve un cambio en mi ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos de venta bajo receta de Medicare (recientemente recibí ayuda adicional, tuve un cambio en el nivel de ayuda adicional o perdí la ayuda adicional) el ____/____/____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos de venta bajo receta de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- Me voy a mudar a un centro de cuidados a largo plazo (por ejemplo, un asilo o un centro de cuidados a largo plazo), vivo en uno o, recientemente, me mudé de uno. Me mudé/mudaré al centro o me mudé del centro el ____/____/____.
- Recientemente, abandoné un programa PACE el ____/____/____.
- Recientemente, perdí de manera no intencional mi cobertura de medicamentos de venta bajo receta acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el ____/____/____.
- Dejaré la cobertura del empleador o sindicato el ____/____/____.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica brindado por mi estado.
- Mi plan finalizará su contrato con Medicare, o Medicare finalizará su contrato con mi plan.
- Me inscribí en un plan de Medicare (o de mi estado) y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el ____/____/____.
- Estaba inscrito en un plan de necesidades especiales (SNP), pero ya no cumplo los requisitos de necesidades especiales necesarios para estar en ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el ____/____/____.
- Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre importante (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA]). Una de las otras declaraciones presentes se aplicó a mi caso, pero yo no pude realizar mi inscripción debido a un desastre natural.
- Ninguna de las declaraciones se aplica a mi caso.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso o si no está seguro, comuníquese con ConnectiCare, Inc. al 1-877-224-8220 (TTY: 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre, para saber si es elegible para inscribirse.



Lea esta información importante

Si en la actualidad tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, inscribirse en este plan podría afectar sus beneficios para la salud del empleador o sindicato. Si se inscribe en este plan, podría perder su cobertura de salud del empleador o sindicato. Lea las comunicaciones que le envían su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que se menciona en sus comunicaciones. Si no hay información sobre con quién comunicarse, su administrador de beneficios o la oficina que responde las preguntas sobre su cobertura podrán ayudarlo.

Lea y firme abajo

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

ConnectiCare, Inc. es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Necesitaré mantener las Partes A y B de Medicare. Puedo estar en un solo plan Medicare Advantage a la vez, y entiendo que, si me inscribo en este plan, finalizará, de forma automática, mi inscripción en otro plan de salud de Medicare o plan de medicamentos de venta con receta. Es mi responsabilidad informarles de cualquier cobertura de medicamentos de venta bajo receta que tenga o que adquiera en el futuro. Entiendo que, si me inscribo en el plan Choice (HMO) y no tengo cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare o cobertura de medicamentos de venta con receta acreditable (tan buena como la de Medicare) es posible que deba pagar una sanción por inscripción tardía en caso de que me inscriba en cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare en el futuro. Por lo general, la inscripción en este plan es para todo el año. Una vez que me inscriba, podré abandonar este plan o realizar cambios solo en determinados momentos del año cuando haya un período de inscripción disponible (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o en determinadas circunstancias especiales.

ConnectiCare, Inc. brinda servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio de estos planes, debo avisar al plan para poder cancelar la inscripción y buscar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que soy miembro de este plan, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre el pago o los servicios, si no estoy de acuerdo. Leeré el documento de Constancia de cobertura de ConnectiCare, Inc. cuando sepa qué reglas debo cumplir para recibir cobertura con este plan de Medicare Advantage. Entiendo que, generalmente, las personas que tienen Medicare no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, salvo por la cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de ConnectiCare, Inc., debo obtener toda la atención médica de ConnectiCare, Inc., salvo en caso de emergencia o necesidad urgente de atención o servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los

servicios autorizados por ConnectiCare, Inc. y los demás servicios previstos en mi documento de Constancia de cobertura de ConnectiCare, Inc. (también denominado contrato de membresía o acuerdo de suscripción de ConnectiCare, Inc.). Sin autorización, **NI MEDICARE NI CONNECTICARE, INC. PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por ConnectiCare, Inc., es posible que se le pague en función de mi inscripción en ConnectiCare, Inc.

Comprendo que los números de teléfono y/o la dirección de correo electrónico que he proporcionado en esta solicitud podrían ser utilizados por ConnectiCare, Inc. o cualquiera de sus partes contratadas para comunicarse conmigo acerca de mi cuenta, mi plan de beneficios médicos o programas relacionados, o los servicios que me proporcionen.

Divulgación de información: Reconozco que, al inscribirme en este plan de salud de Medicare, ConnectiCare, Inc. divulgará mi información a Medicare y a otros planes en la medida que sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Asimismo, reconozco que ConnectiCare, Inc. divulgará mi información, incluidos mis datos sobre medicamentos de venta bajo receta, a Medicare, que podrá divulgarla para fines de investigación y de otro tipo que cumplan todas las leyes y normas federales aplicables. A mi leal saber, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que, si proporciono información falsa en este formulario intencionalmente, se cancelará mi inscripción en el plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si es firmada por una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal a realizar esta inscripción; y 2) la documentación de esta autorización está disponible si Medicare la solicita.

Su firma:

Fecha de entrada en vigencia propuesta:

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 inscrito:** _____

Firma del miembro del personal/agente/corredor: _____ N.º de ID del agente/corredor: _____

Fecha de aceptación: _____ Código fuente: _____ Ubicación: _____

Período de elección:

Período de elección de cobertura inicial (ICEP)/período de inscripción inicial (IEP): _____

Período de inscripción anual (AEP): _____ Tipo de período de elección especial (SEP): _____

Alcance de la cita (se requiere si no es un seminario): Sí, es un seminario No, no es seminario

Envíe el formulario completo (5 págs.) por fax o por correo a:

ConnectiCare, Inc. & Affiliates

P.O. Box 4001

Farmington, CT 06034-9900

Fax: 1-800-871-5281

ConnectiCare, Inc. es un plan HMO/HMO-POS con un contrato con Medicare. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato. ATTENTION: If you speak other languages, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-224-8220 (TTY: 711). ATENCIÓN: Si usted habla otros idiomas, tiene a su disposición, gratis, servicios de ayuda para idiomas. Llame al 1-877-224-8220 (TTY: 711).