



Para inscribirse en Stanford Health Care Advantage, proporcione la siguiente información:

Indique con una marca en qué plan desea inscribirse:
(Seleccione SOLO una opción)

Stanford Health Care Advantage — Gold (HMO)

- | | |
|---|--------------|
| ☐ Condado de Santa Clara | \$69 por mes |
| ☐ Condado de Alameda | \$69 por mes |
| ☐ Condado de San Mateo | \$69 por mes |

Stanford Health Care Advantage — Platinum (HMO)*

- | | |
|---|--------------|
| ☐ Condado de Santa Clara | \$99 por mes |
| ☐ Condado de Alameda | \$99 por mes |
| ☐ Condado de San Mateo | \$99 por mes |

Servicios complementarios opcionales: odontológicos y de la vista

☐ Sí ☐ No

Puede agregar beneficios opcionales (servicios odontológicos y de la vista) por un monto adicional de \$20 al mes. La prima mensual para sus beneficios complementarios se agregará a su prima mensual del plan.

APELLIDO: PRIMER nombre: Inicial del 2.º nombre: ☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta.

Fecha de nacimiento: ____/____/____ (MM/DD/AAAA)	Sexo: ☐ H ☐ M	Número de teléfono particular: ()	Número de teléfono alternativo: ()
--	--	---------------------------------------	--

Dirección de residencia permanente (no se admiten apartados postales):

Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
---------	----------	---------	----------------

Dirección postal (solo si es diferente de la dirección de residencia permanente):

Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

Contacto de emergencia: _____

Número de teléfono: _____ **Parentesco con usted:** _____

Dirección de correo electrónico: _____

Proporcione la información de su seguro de Medicare

Tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare a mano para completar esta sección.

- Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios.

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare):

Número de Medicare: _____

Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigor:

HOSPITAL (Parte A) _____

MÉDICOS (Parte B) _____

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



Cómo pagar la prima del plan

Puede pagar la prima mensual del plan (incluso la multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que adeude) todos los meses por correo o tarjeta de crédito. También puede pagar la prima todos los meses mediante descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).

Si a usted se le adjudica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, será notificado por la Administración de Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. A usted se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o bien recibirá la factura directamente de Medicare o la RRB. NO le pague a Stanford Health Care Advantage (HMO) el IRMAA de la Parte D.

Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si resulta elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de los medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no quedarán sujetas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos beneficios y no lo saben. Para obtener información sobre esta Ayuda adicional, póngase en contacto con la oficina local del Seguro Social o bien 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.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura de Medicare para medicamentos con receta, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una parte de la prima, le enviaremos a usted la factura por el monto que Medicare no cubra.

Si no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Elija una opción de pago de la prima:

- ☐ Recibir una factura.
- ☐ Deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).

Obtengo beneficios mensuales de: ☐ Seguro Social ☐ RRB

(La deducción del Seguro Social/de la RRB puede demorarse hasta dos meses o más en comenzar luego de que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, el primer descuento 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 comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales).



Lea y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Padece una enfermedad renal terminal (ESRD)? ☐ Sí ☐ No
Si recibió un trasplante de riñón satisfactorio o ya no necesita diálisis de forma regular, **adjunte una nota o los registros** del médico que indiquen que usted recibió un trasplante de riñón satisfactorio o que ya no necesita diálisis; de lo contrario, tal vez sea necesario que nos comuniquemos con usted para obtener información adicional.
2. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura para medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios de salud para empleados, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá alguna otra cobertura para medicamentos con receta además de Stanford Health Care Advantage (HMO)? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es “Sí”, mencione la otra cobertura y su número de identificación para esa cobertura:

Nombre de la otra cobertura:
N.º de ident. para esta cobertura:
N.º de grupo para esta cobertura

3. ¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia? ☐ 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 Medicaid de su estado? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es “Sí”, proporcione el número de Medicaid: _____
5. ¿Usted o su cónyuge trabajan? ☐ Sí ☐ No

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

Nro. de PCP _____

¿Es paciente actualmente? ☐ Sí ☐ No

Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea español, o en un formato accesible:

☐ Español ☐ Chino ☐ Letra grande

Si necesita información en un idioma o formato accesible de los mencionados arriba, póngase en contacto con Stanford Health Care Advantage (HMO) llamando al 1-855-996-8422. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar del Pacífico, los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



Lea esta información importante

Si en la actualidad cuenta con la cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en Stanford Health Care Advantage (HMO) podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato. Si se inscribe en Stanford Health Care Advantage (HMO), podría perder la cobertura de salud provista por su empleador o sindicato. Lea las comunicaciones que le envían su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o póngase en contacto con la oficina que figura en las comunicaciones que le envían. Si no cuenta con ninguna información sobre con quién contactarse, puede ponerse en contacto con el administrador de beneficios o con la oficina encargada de responder preguntas sobre su cobertura, quienes podrán ayudarle.

Lea y firme a continuación

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Stanford Health Care Advantage (HMO) es un plan Medicare Advantage y ha celebrado un contrato con el gobierno federal. Necesitaré conservar la cobertura de las Partes A y B de Medicare. Solamente puedo tener un plan Medicare Advantage a la vez y comprendo que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o que pueda tener en el futuro. Generalmente, la inscripción en este plan es para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo cancelar mi inscripción al plan o efectuar cambios solo en determinados momentos del año, en los períodos de inscripción disponibles (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o en determinadas circunstancias especiales.

Stanford Health Care Advantage (HMO) brinda servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que Stanford Health Care Advantage (HMO) brinda servicios, debo avisar al plan para que pueda cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en la nueva área. Una vez que sea miembro de Stanford Health Care Advantage (HMO), tendré derecho a apelar las decisiones que tome el plan respecto de pagos o servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré la Evidencia de cobertura de Stanford Health Care Advantage (HMO) cuando lo reciba para conocer las normas que debo respetar para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas que tienen Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, salvo por la cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Comprendo que, a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Stanford Health Care Advantage (HMO), debo recibir toda la atención médica de parte de Stanford Health Care Advantage (HMO), salvo por los servicios de emergencia o urgencia, o por los servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por Stanford Health Care Advantage (HMO) y otros servicios incluidos en el documento de Evidencia de cobertura de Stanford Health Care Advantage (HMO) (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Si no se cuenta con autorización, **NI MEDICARE NI STANFORD HEALTH CARE ADVANTAGE (HMO) PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Comprendo que si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por Stanford Health Care Advantage (HMO), esta persona puede recibir un pago en función de mi inscripción en Stanford Health Care Advantage (HMO).



Condiciones de inscripción de beneficios complementarios opcionales: en caso de que haya marcado “Sí” para agregar los beneficios complementarios opcionales en la página 1, lea la siguiente información.

Al completar esta solicitud de inscripción:

- Acepto agregar los beneficios complementarios opcionales, que incluyen servicios odontológicos y de la vista, por \$20 al mes. Este monto se suma a mis primas de Medicare y Stanford Health Care Advantage.
- Comprendo que los beneficios complementarios opcionales solo están disponibles a los miembros inscritos en un plan de Stanford Health Care Advantage Platinum o Gold.
- Comprendo que debo obtener atención cubierta de los proveedores de la red, excepto para servicios de emergencia o urgencia.
- Comprendo que puedo cancelar mi inscripción de este beneficio opcional en cualquier momento. Si cancelo la inscripción, no seré elegible para inscribirse de nuevo hasta el siguiente período de elección anual.

Divulgación de información: al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que Stanford Health Care Advantage (HMO) divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para cualquier tratamiento, pago y atención médica. También reconozco que Stanford Health Care Advantage (HMO) divulgará mi información a Medicare, incluso los datos sobre acontecimientos relacionados con medicamentos con receta, y que Medicare puede divulgarla con fines de investigación o para otros fines que estén de acuerdo con todas las leyes y reglamentaciones federales aplicables. A mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si proporciono información falsa en este formulario, en forma intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud indica que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si una persona autorizada (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para realizar esta inscripción, y que 2) la documentación de esta autoridad estará disponible en caso de que Medicare la requiera.

Firma:

Fecha de hoy:

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (____) _____ - _____

Relación con la persona inscrita: _____

Solo para uso de la oficina/el agente:

Nombre del miembro del personal/agente/corredor (si obtuvo ayuda para la inscripción): _____

Núm. de identificación del plan: _____ **Número de identificación del agente:** _____

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____ **Fecha de recep. de la solicitud:** _____

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



Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

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

Lea detenidamente los siguientes enunciados y marque la casilla del enunciado que corresponda en su caso. Si marca cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, se puede cancelar su inscripción en el plan.

- ☐ Soy un miembro nuevo de Medicare.
- ☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero realizar un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP, por sus siglas en inglés).
- ☐ Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o hace poco me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (colocar la fecha) _____.
- ☐ Hace poco fui liberado de prisión. Me liberaron el (colocar la fecha) _____.
- ☐ Hace poco volví a los Estados Unidos después de vivir en forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (colocar la fecha) _____.
- ☐ Hace poco obtuve el estado de residente legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (colocar la fecha) _____.
- ☐ Hace poco hice un cambio en mi Medicaid (ahora tengo Medicaid, hice un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid, o perdí Medicaid) el (colocar la fecha) _____.
- ☐ Hace poco hice un cambio en mi Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recientemente obtuve Ayuda adicional, hice un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el (colocar la fecha) _____.
- ☐ 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 con receta de Medicare, pero no he hecho un cambio.
- ☐ Recibo ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- ☐ Ya no reúno los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta de Medicare. Dejé de recibir la ayuda adicional el (colocar la fecha) _____.
- ☐ Me estoy yendo, voy a vivir o vivo en un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia o centro de atención a largo plazo), o hace poco me fui de un centro de este tipo. Me mudé/me mudaré fuera de la institución el (colocar la fecha) _____.



- ☐ Hace poco dejé de participar en un programa PACE el (colocar la fecha) _____.
- ☐ Hace poco y en forma involuntaria perdí mi cobertura acreditable para medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí la cobertura de mis medicamentos recetados el (colocar la fecha) _____.
- ☐ Voy a abandonar la cobertura de mi empleador o sindicato el (colocar la fecha) _____.
- ☐ Participo en un programa de asistencia farmacéutica que ofrece mi estado.
- ☐ Mi plan va a terminar su contrato con Medicare, o Medicare va a terminar su contrato con mi plan.
- ☐ Estaba inscrito en un plan de Medicare (o mi estado) I quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (colocar la fecha) _____.
- ☐ Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP) pero ya no califico para participar en dicho plan. Me dieron de baja del Plan de necesidades especiales el (colocar la fecha) _____.
- ☐ Fui afectado por un desastre grave o emergencia climática (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés)). Una de las otras afirmaciones se aplicó aquí para mí, pero no pude realizar mi inscripción debido al desastre natural.

Si ninguno de estos enunciados se aplica a su caso, o si no está seguro, póngase en contacto con Stanford Health Care Advantage (HMO) al 1-855-996-8422 (los usuarios de TTY deben llamar 711) para verificar si son elegibles para inscribirse. Atendemos los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, de 8 a. m a 8 p. m., hora del Pacífico.