



Medi-Pak[®] Advantage (HMO)
Asegurado por Health Advantage

Cómo inscribirse en Medi-Pak Advantage (HMO)

Estamos aquí para ayudarle.

- ¿Necesita ayuda para completar su solicitud?
- ¿Tienes preguntas?
- ¿Desea más información?

Llámenos al **1-877-349-9335**. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., hora del centro, los siete días de la semana, entre el 01 de octubre y el 31 de marzo. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora central) hora del centro, de lunes a viernes, entre el 01 de abril y el 30 de septiembre.

¿Está listo para inscribirse en Medi-Pak Advantage (HMO)?

Inscríbese en línea al visitar **arkansasbluecross.com/Medicare** o el centro de inscripción en línea de los Centros de servicios de Medicare y Medicaid en **www.medicare.gov/find-a-plan**.

O inscríbese con este formulario. A continuación, se incluyen algunos consejos útiles:

- Use un bolígrafo de tinta azul o negra.
- Complete un formulario diferente para cada persona que se inscriba. Si necesita otra copia, haga una fotocopia o llámenos.
- Escriba sus respuestas en letra de imprenta, excepto cuando se requiera su firma (página 6).
- Asegúrese de completar cada sección de la solicitud.
- Envíe su solicitud por correo postal de inmediato.

No envíe su pago con esta solicitud. Envíe el formulario completo en el sobre con franqueo prepago, o envíelo por correo postal a la siguiente dirección:

Arkansas Blue Cross and Blue Shield
Medi-Pak Advantage (HMO)
P.O. Box 44765
Detroit, MI 48244-0765

Envíelo por fax al:

1-844-601-2370

¿Qué sucede luego?

- Una vez que los CMS aprueben su solicitud, le enviaremos una carta en un plazo de 10 días en la que se confirmará su inscripción.
- Le facturaremos de acuerdo con su elección de plan (o deduciremos automáticamente su prima de su cheque del Seguro Social, si elige esa opción).
- Usted también recibirá un paquete de información sobre sus beneficios y los extras que recibe con su cobertura de Arkansas Blue Cross and Blue Shield.



Arkansas
BlueCross BlueShield
Licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

Medi-Pak[®] Advantage (HMO)

**FORMULARIO DE
 INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL 2020
 Cobertura médica y de
 medicamentos con receta
 médica
 (Cobertura en vigencia a partir
 de 2020)**

Únicamente para uso administrativo:

Comuníquese con Medi-Pak Advantage (HMO) al **1-877-349-9335** si necesita información en otro formato o idioma. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., hora del centro, los siete días de la semana, entre el 01 de octubre y el 31 de marzo. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora central) hora del centro, de lunes a viernes, entre el 01 de abril y el 30 de septiembre.

Sec. 1- Para inscribirse en el plan inscribirse en Medi-Pak Advantage (HMO) proporcione la siguiente información.

- Marque este casillero si vive en uno de estos condados: Benton, Carroll, Cleburne, Crawford, Faulkner, Franklin, Jefferson, Johnson, Logan, Lonoke, Madison, Perry, Pope, Pulaski, Saline, Scott, Sebastian, Washington, White o Yell.**

<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
Fecha de nacimiento / / (MM/DD/YYYY)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	N.º de teléfono de día ()	Número de teléfono alternativo ()
Dirección de residencia permanente (<i>no apartados postales</i>)		Ciudad	Estado
Código postal	Condado	Dirección de correo electrónico (<i>opcional</i>)	

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

Dirección _____

City _____ Estado _____ Código postal _____

Proporcionémos el nombre de su médico de atención primaria o clínica

Clínica o médico regular _____

¿Visita o ha visitado recientemente a este médico/clínica? Sí No

Sec. 2**Suministre información sobre su seguro de Medicare.**

Utilice su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

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

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

Número de Medicare: _____

Tiene derecho a: _____ Fecha de vigencia: _____

HOSPITALARIA (Parte A) _____

MÉDICA (Parte B) _____

Debe contar con la Parte A y Parte B de Medicare para incorporarse a un plan Medicare Advantage.

Sec. 3**Lea las siguientes declaraciones y marque la casilla que se aplique en su caso.**

Generalmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solamente durante un período anual de inscripción del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen algunas excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes declaraciones atentamente y marque la casilla si la declaración se aplica en su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Soy nuevo en Medicare con una fecha de vigencia retroactiva de Medicare. Recibí el aviso de mi derecho el _____.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (ingresar fecha) _____.
- Recientemente salí de prisión. Salí el (ingresar fecha) _____.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé a los Estados Unidos el (ingresar fecha) _____.
- Recientemente obtuve la condición de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve esta condición el (ingresar fecha) _____.
- Recientemente atravesé un cambio en mi cobertura de Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, atravesé un cambio en el nivel de asistencia de Medicare o perdí la cobertura de Medicaid) el (ingresar fecha) _____.
- Recientemente, atravesé un cambio en la Ayuda Adicional para el pago de la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare (recientemente obtuve Ayuda Adicional, atravesé un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (ingresar fecha) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare), u obtengo Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare pero no he realizado un cambio.
- Recibo ayuda adicional para el pago de la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare.
- Ya no cumpla los requisitos para la ayuda adicional para el pago de la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare. Dejé de recibir la ayuda adicional el (ingresar fecha) _____.
- Me mudaré a, vivo en o recientemente me mudé de un centro de atención de largo plazo (por ejemplo un geriátrico o centro de atención de largo plazo). Me mudé/mudaré al/del establecimiento el (ingresar fecha) _____.
- Recientemente abandoné un programa PACE® el (ingresar fecha) _____.
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos con receta médica (tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (ingresar fecha) _____.
- Abandonaré la cobertura del empleador o sindicato el (ingresar fecha) _____.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- Mi plan finaliza su contrato con Medicare, o Medicare finaliza su contrato con mi plan.
- Estuve inscrito en un plan proporcionado por Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (ingresar fecha) _____.
- Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero ya no cumpla con los requisitos de necesidades especiales del plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (ingresar fecha) _____.
- Fui afectado por un desastre mayor o una emergencia relacionada con el clima (según lo establece la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA]). Una de las declaraciones anteriores se aplica a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso, o no está seguro, comuníquese con Medi-Pak

Advantage (HMO) al **1-877-349-9335** para saber si es elegible para inscribirse. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., hora del centro, los siete días de la semana, entre el 01 de octubre y el 31 de marzo. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora central) hora del centro, de lunes a viernes, entre el 01 de abril y el 30 de septiembre.

Sec. 4

Pago de la prima del plan

Si determinamos que adeuda una penalidad por inscripción tardía o si actualmente tiene una penalidad por inscripción tardía, necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar su prima mensual del plan (incluido cualquier cargo por inscripción tardía que pueda adeudar) por correo postal o mediante un retiro automático de su cuenta bancaria. También puede optar por pagar su prima mediante una deducción automática mensual de su cheque de beneficios de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios o del Seguro Social.

Si se le calcula un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted es 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 el IRMAA de la Parte D a Medi-Pak Advantage (HMO).**

Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta médica. Si usted es elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta médica, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes reúnen los requisitos no tendrán una brecha de cobertura ni una penalidad por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para obtener estos ahorros y no lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina del Seguro Social local 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 por Internet en

www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Sec. 4 continuación

Pago de la prima del plan

Si reúne los requisitos para recibir ayuda con los costos de la cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare, esta compañía pagará la totalidad o parte de la prima del plan. Si Medicare paga solamente una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubre.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses. Le recomendamos que elija las deducciones automáticas para no tener que recibir un estado de cuenta mensual o emitir un cheque.

Debe saber que el Seguro Social LIMITA la cantidad de deducción automática permitida de su cheque de beneficios. Si selecciona un plan con una prima mensual que supera el límite del Seguro Social, la prima no puede extraerse de su cheque del Seguro Social. En su lugar, usted debe pagarnos la prima directamente a nosotros, incluida cualquier prima no pagada. Comprenda que las deducciones de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) pueden tardar hasta tres meses para comenzar. Cualquier prima no pagada se le facturará directamente a usted.

Seleccione una opción de pago de la prima:

- Retiro automático de su cuenta bancaria cada mes. Espere hasta 60 días para el procesamiento de su solicitud. Pague la factura de cualquier prima que pueda recibir mientras se procesa su solicitud. Las primas mensuales futuras se retirarán automáticamente de su cuenta especificada el **quinto** día de cada mes o alrededor de esa fecha.

Adjunte un cheque **ANULADO**:

Nombre del titular de la cuenta: _____

Número de ruta bancaria: _____

(primer conjunto de números del lado izquierdo del cheque)

Número de cuenta bancaria: _____

(segundo conjunto de números en el centro del cheque)

Tipo de cuenta: de cheques de ahorro

- Recibir una factura mensual.

- Deducción automática de su cheque de beneficios de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB) o del Seguro Social.

Obtengo beneficios mensuales de los siguientes servicios: Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar dos meses o más en iniciarse hasta 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 punto en que comienza la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa de sus primas mensuales).

Sec. 5**Lea y responda estas importantes preguntas.**

1. Algunas personas pueden contar con otra cobertura médica o de medicamentos, lo que incluye a otras compañías de seguro privadas, TRICARE, cobertura del programa de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de la Administración de Veteranos (Veterans' Administration, VA) o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tiene otra **cobertura médica o de medicamentos con receta médica** además de Medi-Pak Advantage (HMO)?

Sí No Si la respuesta es "Sí", mencione su otra cobertura y sus números de identificación:

Nombre de la otra cobertura: _____ N.º de identificación de esta cobertura: _____ N.º de grupo de esta cobertura: _____

2. ¿Reside en un centro de atención de largo plazo, como un geriátrico? Sí No
Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:

Nombre del centro		Dirección	
Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono

3. ¿Tiene enfermedad renal en etapa terminal (End Stage Renal Disease, ESRD)? Sí No
Si se ha sometido a un trasplante renal satisfactorio o ya no necesita diálisis regular, **adjunte una nota o los registros** de su médico que demuestren alguna de estas dos situaciones favorables; de lo contrario, es posible que necesitemos comunicarnos con usted para obtener información adicional.
Nota: Si padece ESRD, no puede inscribirse en este plan a menos que ya esté inscrito en la organización Arkansas Blue Cross and Blue Shield como miembro comercial o que haya sido afectado por la no renovación de otro plan de Medicare Advantage después del 31 de diciembre de 1998.

Sec. 5 continuación Lea y responda las siguientes preguntas importantes.

4. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? Sí No

Si la respuesta es "sí," proporcione su número de Medicaid: _____

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

Si usted actualmente está inscrito en un plan complementario de Medicare, primero debe cancelar la inscripción al plan complementario de Medicare ya que la presentación de esta solicitud no cancela automáticamente su inscripción.

Comuníquese con Medi-Pak Advantage (HMO) al **1-877-349-9335** si necesita información en otro formato o idioma. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., hora del centro, los siete días de la semana, entre el 01 de octubre y el 31 de marzo. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora central) hora del centro, de lunes a viernes, entre el 01 de abril y el 30 de septiembre.



Sec. 6

Lea esta información importante y firme.

Si actualmente cuenta con cobertura de salud de un empleador o sindicato, la incorporación a Medi-Pak Advantage (HMO) podría afectar los beneficios de salud del empleador o el sindicato. Podría perder su cobertura de salud del empleador o el sindicato si se incorpora a Medi-Pak Advantage (HMO). Lea los comunicados que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que figura en sus comunicados. Si no hay información de contacto, el administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ser de utilidad.

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Medi-Pak Advantage (HMO) es un plan Medicare Advantage que tiene un contrato con el gobierno federal. Será necesario que continúe teniendo Medicare Partes A y B. Solamente puedo pertenecer a un plan Medicare Advantage a la vez, y comprendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en cualquier otro plan de medicamentos con receta médica o plan de salud de Medicare. Es mi responsabilidad informar sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta médica que tenga o pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan generalmente tiene vigencia durante todo el año. Una vez inscrito, puedo abandonar el plan o realizar cambios únicamente en determinados momentos del año en los que haya un período de inscripción disponible (ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o en casos especiales.

Medi-Pak Advantage (HMO) brinda servicios en un área específica. Si me mudo fuera del área en la que Medi-Pak Advantage (HMO) presta servicios, deberé notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en el área nueva. Una vez que sea miembro de Medi-Pak Advantage (HMO), tengo derecho a apelar las decisiones del plan respecto del pago o los servicios si estoy en desacuerdo. Cuando reciba el documento de Evidencia de cobertura de Medi-Pak Advantage (HMO) lo leeré para conocer las normas que debo seguir a fin de obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas que tienen Medicare por lo general no reciben cobertura de Medicare cuando se encuentran fuera del país, a excepción de una cobertura limitada cerca de la frontera estadounidense.

Comprendo que, a partir de la fecha de inicio de mi cobertura de Medi-Pak Advantage (HMO), debo recibir toda la atención médica por parte de Medi-Pak Advantage (HMO), a excepción de servicios de emergencia o de urgencia que pueda necesitar, o servicios de diálisis fuera del área. Estarán cubiertos los servicios autorizados por Medi-Pak Advantage (HMO) y otros servicios que figuran en el documento de Evidencia de cobertura de Medi-Pak Advantage (HMO) (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del miembro). **Sin autorización, NI MEDICARE NI MEDI-PAK ADVANTAGE (HMO) PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Comprendo que si recibo ayuda de un agente de ventas, un corredor de seguros u otra persona empleada de Medi-Pak Advantage (HMO), es posible que esta persona reciba un pago por mi inscripción en Medi-Pak Advantage (HMO).

Divulgación de la información:

Al incorporarme a este plan de salud de Medicare, reconozco que Medi-Pak Advantage (HMO) divulgará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para las operaciones de atención médica, pagos y tratamiento. Asimismo, reconozco que Medi-Pak Advantage (HMO) divulgará mi información, incluida la información sobre medicamentos con receta médica, a Medicare, quien puede divulgarla para investigación y otros fines que cumplan con todas las reglamentaciones y los estatutos federales aplicables. La información que figura en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, mi inscripción en el plan se cancelará.

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 significa que he leído y comprendido 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 las leyes estatales a completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

Firma	Fecha de hoy
-------	--------------

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

Nombre	Número de teléfono ()
--------	--------------------------------

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	--------	--------	---------------

Parentesco con el miembro

PARA USO DEL AGENTE/LA OFICINA ÚNICAMENTE (los solicitantes no deben completar esta sección)

Nota para los agentes productores: los formularios de inscripción impresos de 2020 deben estar cargados en **Blueprint for Agents** en un plazo de 24 horas desde que se acepte el formulario de inscripción impreso.

Fecha en que el agente productor aceptó el formulario de inscripción impreso de un solicitante elegible para recibir cobertura de Medicare:

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Nombre del agente productor (escribir en letra de imprenta nombre/apellido):

_____	_____
Nombre	Apellido

Firma del agente productor: _____

Correo electrónico del agente productor: _____

Número de productor nacional (national producer number, NPN) del agente:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Núm. de identificación tributaria del agente:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ayudé al solicitante al completar parcialmente el formulario de inscripción impreso en nombre del solicitante: Sí No

Nombre de la persona que ingresa la información de inscripción en línea (escribir en letra de imprenta el nombre/apellido):

_____	_____
Nombre	Apellido