


Comuníquese con Senior Care Plus si necesita información en otro idioma o formato (braille). Senior Care Plus cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

**Para inscribirse en Senior Care Plus, proporcione la siguiente información:**

Marque en qué plan desea escribirse:

**Plan Medicare Advantage sin cobertura de medicamentos con receta:**

**\$0 Value Basic-009** (HMO) (reembolso de \$20 de la prima de la Parte B)  
 Este plan no ofrece beneficios complementarios. Consulte la *Evidencia de Cobertura de Value Basic 2018* para conocer todos los detalles de los beneficios.

 **Al poner mis iniciales a continuación, reconozco que el plan Medicare Advantage que he seleccionado no tiene cobertura de medicamentos con receta \_\_\_\_\_.**

**Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta:**

**\$0 Value Rx-012** (HMO)  
 Este plan no ofrece beneficios complementarios. Consulte la *Evidencia de Cobertura de Value Rx 2018* para conocer todos los detalles de los beneficios.

**\$45 Value Rx Enhanced-004** (HMO)  
 Este plan incluye servicios dentales preventivos sin una prima mensual adicional. Consulte la *Evidencia de Cobertura de Value Rx Enhanced 2018* para conocer todos los detalles de los beneficios.

**\$188 Value Rx Select-018** (HMO)  
 Este plan incluye servicios dentales integrales sin una prima mensual adicional. Consulte la *Evidencia de Cobertura de Value Rx Select 2018* para conocer todos los detalles de los beneficios.

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr.	<input type="checkbox"/> Sra.	<input type="checkbox"/> Srta.
-----------	---------	-----------------------------	------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

Fecha de nacimiento: (__ __ / __ __ / __ __ __ __) (M M / D D / A A A A)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N.º de teléfono particular:	N.º de teléfono alternativo
--	--	-----------------------------	-----------------------------

Dirección residencial permanente (no se permiten casillas postales):	N.º de dpto.:
--	---------------

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

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

Dirección:	N.º de dpto.:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
------------	---------------	---------	---------	----------------

Dirección de correo electrónico:

*Opcional.* Nombre de un contacto de emergencia:

N.º de teléfono:	Relación:
------------------	-----------

**Proporcione la información de su seguro de Medicare**

- Busque su tarjeta de Medicare para completar esta sección.
- Complete estos espacios en blanco con la información de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.  
O
  - Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare): \_\_\_\_\_

N.º de Medicare: \_\_\_\_\_

Tiene derecho a:  
Fecha de entrada en vigor:

**ATENCIÓN HOSPITALARIA (Parte A)**

**ATENCIÓN MÉDICA (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

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 postal, transferencia electrónica de fondos (EFT, en inglés) o tarjeta de crédito todos los meses. También puede elegir pagar su prima mediante deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, en inglés) todos los meses.

Puede pagar su prima mensual del plan (incluso cualquier multa por inscripción tardía que tenga o que deba actualmente) por correo postal, transferencia electrónica de fondos (EFT, en inglés) o tarjeta de crédito todos los meses. También puede elegir pagar su prima mediante deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, en inglés) todos los meses.

Si se le impone un monto de ajustes mensuales acordes al ingreso de la Parte D, recibirá una notificación de la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de su prima del plan. Se retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o Medicare o la RRB le facturarán el monto directamente. **NO** le pague a *Senior Care Plus* el monto de ajustes mensuales acordes al ingreso (IRMAA, en inglés) de la Parte D.

Las personas que poseen ingresos limitados pueden cumplir con los requisitos para recibir la ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si es elegible, Medicare puede pagarle el 75% o más de sus gastos para medicamentos, incluidos las primas mensuales para medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguros. Además, aquellos que cumplen con los requisitos no estarán sujetos al lapso en la cobertura o a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con la oficina 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.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si cumple con los requisitos para recibir ayuda adicional con los costos de su cobertura de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de su prima del plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos a usted el monto que Medicare no cubra.

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

### Seleccione una opción de pago de primas:

Factura mensual

Tarjeta de crédito por única vez: *solo puede hacerse en una oficina de Senior Care Plus.*

Tarjeta de crédito recurrente: *solo puede hacerse en una oficina de Senior Care Plus.*

**Transferencia electrónica de fondos (EFT, en inglés)** de su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque ANULADO.

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Nombre del banco: \_\_\_\_\_

Número de ruta del banco: \_\_\_\_\_ Número de cuenta bancaria \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta:  Corriente  Ahorros

**Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, en inglés).**

Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB

(La deducción del Seguro Social/RRB puede demorar dos meses o más en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB aprueban 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 RRB incluirá todas las primas debidas desde la fecha de entrada en vigor de su 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 impresa por sus primas mensuales).

### Lea y responda estas preguntas importantes

1. ¿Tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, en inglés)?  Sí  No

Si se le ha realizado un trasplante de riñón exitoso y/o ya no necesita diálisis regulares, **adjunte una nota o los registros** de su médico para demostrar que se le ha realizado un trasplante de riñón exitoso o que ya no necesita diálisis; de otro modo, es posible que nos comuniquemos con usted para solicitar información adicional.

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

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además de Senior Care Plus?  Sí  No

En caso afirmativo, mencione su otra cobertura y su número de identificación (ID) para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_ N.º de ID para esta cobertura: \_\_\_\_\_

N.º de grupo para esta cobertura: \_\_\_\_\_

3. ¿Es residente en un centro de atención médica aguda de largo plazo, como un hogar de atención médica especializada?  Sí  No

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Dirección y número de teléfono de la institución (calle y número): \_\_\_\_\_

4. ¿Está inscrito en su Programa Medicaid estatal?  Sí  No

En caso afirmativo, proporcione su número de Medicaid: \_\_\_\_\_

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan?  Sí  No

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

**Marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en otro formato:**

Español  Otro: \_\_\_\_\_  Braille  Cinta de audio  Letras grandes

Comuníquese con Senior Care Plus al 775-982-3112 o al 888-775-7003 si necesita información en un formato o idioma distintos de los mencionados arriba. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión de mensajes al 711. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo de 7:00 a 20:00. Estaremos cerrados el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad.



**Lea esta información importante**

**Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, inscribirse en Senior Care Plus podría afectar los beneficios de salud de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en Senior Care Plus.** Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envíen. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina incluida en sus comunicaciones. Si no contienen información acerca de con quién comunicarse, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura podrán ayudarle.

### **Lea y firme a continuación**

Senior Care Plus es un plan Medicare Advantage y tiene contrato con el gobierno federal. Deberé mantener mis Partes A y B de Medicare. Solo puedo tener un plan Medicare Advantage por vez y comprendo que mi inscripción en este plan pondrá fin automático a mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarles acerca de cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o pueda contratar en el futuro.

Comprendo que si no tengo cobertura de medicamentos con receta de Medicare, o cobertura de medicamentos con receta válida (al menos tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si me inscribo en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare en el futuro. La inscripción en este plan generalmente es por todo el año. Una vez que me inscriba, puedo abandonar este plan o hacer cambios solo en ciertos momentos del año cuando haya un período de inscripción disponible (ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o bajo ciertas circunstancias especiales.

Senior Care Plus presta servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que Senior Care Plus presta servicios, debo notificar al plan para poder cancelar la inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea asegurado de Senior Care Plus, tengo el derecho de apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de Cobertura de Senior Care Plus cuando lo reciba para conocer qué reglas debo seguir a fin de obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas con Medicare generalmente no se encuentran cubiertas por dicho programa mientras se encuentran fuera del país, salvo por la cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.

Comprendo que, a partir de la fecha en que comience la cobertura de Senior Care Plus, debo recibir toda mi atención médica a través de Senior Care Plus, salvo por servicios de emergencia o urgencia o servicios de diálisis fuera del área.

Comprendo que, a partir de la fecha en que comience la cobertura de Senior Care Plus, usar servicios que forman parte de la red puede costar menos que usar servicios que no forman parte de la red, salvo servicios de emergencia o urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Si es médicamente necesario, Senior Care Plus ofrece reembolsos por todos los beneficios cubiertos, incluso si recibo servicios fuera de la red. Los servicios autorizados por Senior Care Plus y otros servicios incluidos en mi documento de Evidencia de Cobertura de Senior Care Plus (también conocido como acuerdo de suscripción o contrato del asegurado) estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI Senior Care Plus PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Comprendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, representante u otra persona empleada o contratada por Senior Care Plus, dicha persona podrá recibir un pago por mi inscripción en Senior Care Plus.

**Divulgación de información:** Al inscribirme en un plan de salud de Medicare, reconozco que Senior Care Plus divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. También reconozco que Senior Care Plus divulgará mi información, incluso datos de mis medicamentos con receta, a Medicare, que puede divulgarlos con fines de investigación y otros propósitos que sigan todas las regulaciones y estatutos federales correspondientes. La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, 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 donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si la solicitud está firmada por una persona autorizada (como se describe arriba), dicha firma certifica que 1) esta persona está autorizada por la ley estatal a completar esta inscripción y 2) Medicare proporcionará la documentación de esta autoridad a pedido.

**Firma del solicitante:**

**Fecha:**

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

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el inscrito: \_\_\_\_\_

*La ley estatal exige prueba de tutor legal, poder permanente para decisiones médicas (DPAHC, en inglés) o instrucción anticipada por escrito. Adjunte una copia de los documentos. Si alguien que no sea usted le ayudó a completar este formulario, dicha persona debe firmar arriba.*

**SOLO PARA USO DE LA OFICINA:**

Nombre del vendedor: \_\_\_\_\_

Firma del vendedor: \_\_\_\_\_

Lugar de la inscripción: \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_

Fecha de la entrada: \_\_\_\_\_

N.º de MBR asignado de SCP: \_\_\_\_\_ Contrato: \_\_\_\_\_

Período de elección: A-AEP E-IEP/ICEP O-OEPI U-SEP W-SEP S-SEP

PBP: \_\_\_\_\_ Llamada de bienvenida: W E Especial

Servicios: \_\_\_\_\_

TrOOPBal: \_\_\_\_\_ No elegible DST Marx COB POA