

**Actualmente se encuentra inscrito en: (información del plan actual)**

Número de asegurado:

Nombre:

Dirección:

Ciudad, estado, código postal:

**Si desea cambiar de plan para 2019:** *Al seleccionar un plan diferente, es posible que los beneficios de salud y la prima mensual cambien.* Marque una casilla:

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

**\$0 Freedom Basic-008** (PPO) (reembolso de \$20 de la prima de la Parte B)

Este plan no ofrece beneficios complementarios opcionales. Consulte la *Evidencia de Cobertura de Freedom Basic 2019* 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:**

**\$55 Freedom Rx-007** (PPO)

Este plan no ofrece beneficios complementarios opcionales. Consulte la *Evidencia de Cobertura de Freedom Rx 2019* para conocer todos los detalles de los beneficios.

**\$130 Freedom Rx Enhanced-006** (PPO)

Este plan incluye servicios dentales preventivos sin una prima mensual adicional. Consulte la *Evidencia de Cobertura de Freedom Rx Enhanced 2019* para conocer todos los detalles de los beneficios.

**\$220 Freedom Rx Select-005** (PPO)

Este plan incluye servicios dentales integrales sin una prima mensual adicional. Consulte la *Evidencia de Cobertura de Freedom Rx Select 2019* para conocer todos los detalles de los beneficios.

**Mantener mi plan actual**

**Al seleccionar esta opción, usted reconoce que comprende los cambios en los servicios de salud, prima y beneficios en su plan actual para 2019.**

*Dirección de correo electrónico opcional:*

*Si es distinto del anterior,* su médico de atención primaria (PCP, en inglés) seleccionado de nuestra lista de médicos:

Mencione el equipo médico duradero que usa actualmente (oxígeno, presión positiva continua en las vías respiratorias [c-pap, en inglés], silla de ruedas, etc.):

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

### Su 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), tarjeta de crédito (en Senior Care Plus, 10315 Professional Circle, Reno, NV 89521) todos los meses. También puede 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.

Puede pagar su prima mensual del plan (incluso cualquier multa por inscripción tardía que tenga o que deba) por correo postal, transferencia electrónica de fondos (EFT, en inglés) o tarjeta de crédito (debe hacerse en una oficina de Senior Care Plus) todos los meses. También puede elegir pagar su prima mediante deducción automática de su cheque del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario 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 Junta de Retiro Ferroviario 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 cumple con los requisitos, 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 tendrán lapso en la cobertura o una multa por inscripción tardía. Muchas personas cumplen con los requisitos 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 por este beneficio. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos a usted el monto que Medicare no cubra.

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.

#### Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura mensual

**Recibo asistencia adicional a través de Medicare y/o de Nevada Senior Rx** y tengo una reducción de la prima.

**Transferencia electrónica de fondos (EFT, en inglés):** por la presenta autorizo a Senior Care Plus a deducir el monto de la prima seleccionado anteriormente de mi cuenta corriente/de ahorros a partir del día 5 de cada mes.

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

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

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

Tipo de cuenta:  Corriente  Ahorros

**Factura mensual** (autopago directo): usted recibirá facturas mensuales a partir del 1 de enero de 2019.

**Tarjeta de crédito por única vez** (tarjetas de crédito principales): los pagos solo pueden hacerse en una oficina de Senior Care Plus.

**Pagos recurrentes con tarjeta de crédito** (tarjetas de crédito principales): los pagos solo pueden hacerse en una oficina de Senior Care Plus.

**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 firme a continuación**

Senior Care Plus es un plan que tiene contrato con el gobierno federal.

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 el plan de salud de Medicare 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 las personas con Medicare no se encuentran cubiertas por Medicare 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. 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 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 lo siguiente: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal a completar esta inscripción y 2) Medicare proporcionará la documentación de esta autoridad a pedido.

<b>Firma del solicitante:</b>	<b>Fecha:</b>
<i>Si es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información.</i>	
Nombre: _____	
Dirección: _____	
Número de teléfono:	Relación con el inscrito:
<i>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.</i>	