

# Formulario de Inscripción Individual 2012

## Cuando esté listo para inscribirse



Comuníquese con su agente de ventas local para que le ayude a elegir el mejor plan para usted y llene este formulario de inscripción, o



Llame a un agente de ventas de Physicians Health Choice que puede ayudarlo a inscribirse por teléfono. Llamada gratuita: **1-866-655-3736**, TTY **711**, del 15/10 al 1/3, los 7 días de la semana, de 7 a.m. a 9 p.m. hora local; y del 2/3 al 14/10, de lunes a viernes de 7 a.m. a 9 p.m., hora local.

Nota: Si no tiene un agente que le ayude a inscribirse, llene el formulario de inscripción, fírmelo y escriba la fecha, y envíe la copia del formulario de inscripción a: Physicians Health Choice, P.O. Box 690670, San Antonio, TX 78269.

Entiendo que la persona que está analizando las opciones de planes conmigo es un agente de ventas, agente de seguros u otra persona empleada o contratada por Physicians Health Choice. Es posible que dicha persona reciba un pago por mi inscripción en un plan.

**Si actualmente tiene una cobertura de salud a través de un empleador o sindicato, su inscripción en uno de nuestros planes podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en nuestro plan.** Lea los comunicados que le envíe su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite el sitio de internet o comuníquese con la oficina de su empleador o sindicato. Si no puede encontrar ninguna información de contacto, su administrador de beneficios o la oficina que atiende consultas acerca de su cobertura podrá ayudarlo.

Dé vuelta la página para inscribirse.



Physicians  
Health Choice™

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

# Formulario de Inscripción Individual 2012

Comuníquese con Physicians Health Choice si necesita información en otro idioma o formato (cinta de audio).

## For sales representative/agency use only

New Member  Plan Change

Employer Group ID Number

Branch ID

Where did this application originate from?  1. Retail/Mall Program  2. Community Meeting  
 3. Member Meeting  4. Local B2B Outreach  5. Local Event Outreach  6. Other

How was this application submitted?  Appointment  Mail in  Other

## 1. Información sobre el solicitante (escriba a máquina o en letra de imprenta con tinta negra o azul)

Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sexo  Masculino  Femenino

Sr.  Sra.  Srta.

Número de Teléfono Residencial

( ) ( )

Número de Teléfono Alternativo (opcional)

( ) ( )

Dirección de Residencia Permanente (no una Casilla de Correo)

Ciudad

Estado

Código Postal

Condado

Dirección Postal (solamente si es diferente de su Dirección de Residencia Permanente)

Ciudad

Estado

Código Postal

Dirección de Correo Electrónico (opcional): Envíenme a mi casilla de correo electrónico información del plan y actualizaciones.

Contacto de Emergencia (opcional)

Número de Teléfono (opcional)

Relación con usted (opcional)

## 2. Información de seguro de Medicare

Ayúdese con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para llenar esta sección — **o** — Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios.

Nombre (exactamente como aparece en la Tarjeta de Medicare)

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Número de Reclamo de Medicare Letra(s)

Fecha de vigencia de la Parte A (Cobertura Hospitalaria)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fecha de vigencia de la Parte B (Cobertura Médica)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia propuesta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

### 3. Sus opciones de pago (si aplica)

Si determinamos que usted adeuda una multa por inscripción fuera de plazo (o si actualmente tiene una multa por inscripción fuera de plazo), debemos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo, Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, por sus siglas en inglés) todos los meses o le proporcionaremos un resumen mensual. También puede elegir pagar su prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés). Si se le impuso una Cantidad por el Ajuste Mensual Relacionado al Ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés) por la Parte D, recibirá una notificación de parte de la Administración del Seguro Social. Le corresponderá a usted pagar esta cantidad extra aparte de la prima de su plan. La cantidad se le retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social o se la facturará directamente Medicare o la RRB. **NO pague la cantidad IRMAA por la Parte D a Physicians Health Choice.**

Es posible que las personas que tienen ingresos limitados califiquen para recibir ayuda adicional con los costos de sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar el 75% o más del costo de sus medicamentos, incluyendo las primas, los deducibles anuales y el coaseguro de medicamentos con receta. Además, quienes califiquen no estarán sujetos al período sin cobertura ni a una multa por inscripción fuera de plazo. Muchas personas califican para estos ahorros, pero ni siquiera lo saben. Para obtener más información acerca de esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina local 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 la ayuda adicional por internet en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si califica para la ayuda adicional con los costos de su cobertura de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una parte de esta prima, le facturaremos la cantidad que Medicare no cubra.

(Si no selecciona una opción de pago, recibirá un resumen mensual por la cantidad que Medicare no cubra. Si desea habilitar la EFT, adjunte un cheque en blanco que diga **VOID** [anulado] en el frente.)

#### Seleccione una opción de pago para la prima (elijá sólo una):

**Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB)** *(Una vez aprobada por el Seguro Social o la RRB, la deducción del Seguro Social/de la RRB puede demorar dos meses o más en comenzar. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta 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 momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa de sus primas mensuales.)*

**Transferencia Electrónica de Fondos (EFT)** desde su cuenta bancaria todos los meses.

Adjunte un cheque **anulado** o proporcione la siguiente información:

Nombre del Titular de la Cuenta \_\_\_\_\_ Número de Ruta Bancaria \_\_\_\_\_

Número de Cuenta Bancaria \_\_\_\_\_ Tipo de Cuenta  Cuenta Corriente

#### **O elija recibir un Resumen Mensual**

Resumen Mensual

### 4. Selección de plan de beneficios (elijá sólo uno)

**Planes de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) con beneficios médicos solamente**

Physicians Health Choice Basic (HMO)

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia propuesta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

**5. Selección de Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés), clínica o centro de salud**

Consulte su Directorio de Proveedores o el sitio de internet del Plan para seleccionar un PCP.

N.º de Identificación de Proveedor \_\_\_\_\_

Nombre del PCP \_\_\_\_\_

¿Está viendo actualmente o ha visto recientemente a este médico?  Sí  No

**6. Lea y responda estas preguntas importantes**

**¿Tiene una Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)?**  Sí  No

Si se ha sometido a un trasplante de riñón exitoso y ya no necesita diálisis de manera regular, **adjunte una nota o registros** de su médico que demuestren esta situación, de lo contrario es posible que debamos comunicarnos con usted para obtener información adicional.

Si respondió que "Sí", ¿actualmente es miembro de una compañía de cuidado de la salud?  Sí  No

Si respondió que "Sí", indique el nombre de la compañía \_\_\_\_\_

N.º de Identificación de Miembro \_\_\_\_\_

**¿Tiene alguna otra cobertura de medicamentos con receta, como un seguro privado, TRICARE, beneficios de la Administración de Veteranos, Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica o la cobertura Federal de Beneficios de Salud para Empleados?**  Sí  No

Nombre del plan de la otra cobertura \_\_\_\_\_

N.º de identificación de miembro para esta cobertura \_\_\_\_\_

N.º de Identificación de Grupo \_\_\_\_\_ Fecha de Vigencia (opcional) \_\_\_\_\_

**¿Es un residente de una institución (p. ej., instalación de enfermería especializada, hospital de rehabilitación)?**  Sí  No

Si respondió que "Sí", indique el nombre de la institución \_\_\_\_\_

Dirección de la institución \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la institución (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fecha de admisión en la institución \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

Si respondió que "Sí", indique su número de Identificación de Medicaid \_\_\_\_\_

**¿Usted o su cónyuge trabaja?**  Sí  No

**¿Usted o su cónyuge tiene algún seguro de salud que no sea Medicare, como un seguro estatal, la Compensación del Seguro Obrero o los beneficios de la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés)?**  Sí  No

Si tiene otro seguro de salud ¿de qué tipo es? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el nombre del seguro de salud? \_\_\_\_\_

N.º de Grupo \_\_\_\_\_ N.º de Identificación \_\_\_\_\_

**7. Formatos alternativos (marque sólo uno)**

**Marque una de las casillas si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea inglés o en otro formato:**  Español  Otro \_\_\_\_\_

Comuníquese con Physicians Health Choice al 1-866-655-3736 si necesita información en otro formato o idioma que no se haya mencionado anteriormente. Nuestro horario de atención es del 15/10 al 1/3, los 7 días de la semana, de 7 a.m. a 9 p.m. hora local y del 2/3 al 14/10, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 9 p.m. hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia propuesta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

**Declaraciones de conformidad**

1. Physicians Health Choice Basic (HMO) es un plan Medicare Advantage que tiene un contrato con el gobierno Federal. Deberé conservar mis Partes A y B de Medicare. Sólo puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o plan para medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o pueda tener en el futuro. Sólo para Planes Medicare Advantage: Entiendo que si no tengo una cobertura de medicamentos con receta de Medicare, o una cobertura de medicamentos con receta acreditable (tan buena como la de Medicare), es posible que tenga que pagar una multa por inscripción fuera de plazo si en el futuro me inscribo en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Generalmente, la inscripción en este plan es para todo el año. Una vez que me inscriba, podré dejar este plan o hacer cambios sólo en ciertos 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 ciertas circunstancias especiales.
2. Physicians Health Choice Basic (HMO) cubre un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de cobertura de Physicians Health Choice Basic (HMO), deberé notificar al plan para que pueda cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de Physicians Health Choice Basic (HMO), tendré derecho a apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios si no estoy de acuerdo con ellas. Me comprometo a leer el Comprobante de Cobertura de Physicians Health Choice Basic (HMO) cuando lo reciba para conocer las reglas que debo seguir para recibir cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas que tienen Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras estén fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera estadounidense.
3. Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, acepto que Physicians Health Choice Basic (HMO) divulgue mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para operaciones de cuidado de la salud, pago y tratamiento. También acepto que Physicians Health Choice Basic (HMO) divulgue mi información, que incluye mis datos sobre eventos asociados a medicamentos con receta si corresponde, a Medicare, quien puede, a su vez, divulgarlos con fines de investigación u otros que cumplan todos los estatutos y normas Federales correspondientes. La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se podrá cancelar mi inscripción en el plan.

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia propuesta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

**Declaraciones de conformidad (continuación)**

4. Entiendo que, si anteriormente tuve una cobertura de medicamentos con receta o cualquier seguro que incluyera medicamentos, pueden solicitarme un comprobante de que mi cobertura de medicamentos con receta anterior era al menos tan buena como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare (cobertura acreditable de medicamentos con receta). Puedo enviar copias de mi comprobante junto a este formulario o puedo esperar a que me lo soliciten. No tengo que enviar un comprobante para inscribirme. No obstante, si me solicitan un comprobante y no lo proporciono, mi prima puede sufrir un aumento debido a una multa por inscripción fuera de plazo. Para obtener más información sobre la multa por inscripción fuera de plazo, puedo visitar [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); (los usuarios con limitaciones auditivas deben llamar al 1-877-486-2048), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
5. Es posible que haya servicios de asesoramiento disponibles en mi estado que me aconsejen sobre el Seguro Complementario de Medicare u otras opciones de Planes Medicare Advantage o para Medicamentos con Receta, así como asistencia médica a través del Programa Medicaid estatal y Programa de Ahorro de Medicare.

**Physicians Health Choice Basic (HMO)**

Entiendo que a partir de la fecha en que comience la cobertura del plan Physicians Health Choice Basic (HMO), deberé recibir todos los beneficios cubiertos de los proveedores y farmacias contratados del plan, con la excepción de servicios de emergencia o requeridos de urgencia, o diálisis renal fuera del área de servicio. Entiendo que los servicios autorizados y otros servicios incluidos en mi documento de Comprobante de Cobertura estarán cubiertos tal como lo dispuesto. Si no recibo autorización previa según lo exigido para los servicios cubiertos, entiendo que **ni Medicare ni Physicians Health Choice Basic (HMO) pagarán los servicios.**

**Advertencia de fraude:** Toda persona que, con intención de estafar o con conocimiento de que está facilitando un fraude en contra de una compañía de seguros, envíe un Formulario de Inscripción o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, comete un fraude al seguro. El hecho de cometer un fraude al seguro puede tener como consecuencia la cancelación de la inscripción o la denegación de beneficios y puede estar sujeto a sanciones civiles o penales.

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia propuesta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

### 8. Lea esta información importante

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del estado donde vivo) en este Formulario de Inscripción significa que he leído, entiendo y acepto el contenido de este Formulario de Inscripción, las Declaraciones de Conformidad y la Declaración de Conformidad Adicional (correspondiente al plan que he elegido) en este formulario.

**Usted debe firmar y escribir la fecha en este Formulario de Inscripción Individual para que sea procesado.**

Si la firma es de un representante autorizado del solicitante, dicha firma certifica que: (1) la persona está autorizada a realizar esta inscripción conforme a las leyes estatales; y (2) la documentación de esta autorización se encuentra disponible a pedido de Medicare.

Firma del solicitante/miembro/representante autorizado	La Fecha de Hoy ____ / ____ / ____
--	---------------------------------------

### Si usted es el representante autorizado del solicitante, debe proporcionar la siguiente información y firmar arriba.

Nombre		Relación con el solicitante	
Dirección		Número de Teléfono (       )	
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono Alternativo (opcional) (       )

### 9. For sales representative/agency use only

Selling Staff Member/Agent ID	Initial Receipt Date
Selling Staff Member/Agent Name	Proposed Effective Date
Agent Telephone Number	Did the agent assist in completing the application? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Agent Signature (required)	

### 10. Período de elección

- AEP
- ICEP
- IEP (afiliados a MA o MA-PD)
- IEP (afiliados a MA-PD que reúnen los requisitos para un 2.º IEP)
- OEPI
- SEP (Código de Razón SEP \_\_\_\_\_)

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_  
 Fecha de vigencia propuesta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

### Declaración de Elegibilidad para un Período de Inscripción

**Por lo general, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage *solamente* durante el período de inscripción anual *del 15 de octubre al 7 de diciembre* de cada año. Hay excepciones que podrían permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.**

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a su situación. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su mejor saber y entender, reúne los requisitos para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, se podría cancelar su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Me mudé recientemente fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de los Estados Unidos. Volví a EE.UU. el (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- Tengo Medicare y Medicaid o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare.
- Recibo ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Ya no califico para recibir ayuda adicional para pagar mis medicamentos con receta de Medicare. Dejé de recibir ayuda adicional el (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- Me voy a mudar a, vivo en o recientemente me mudé fuera de una Instalación de Cuidado a Largo Plazo (por ejemplo, un asilo de convalecencia o instalación de cuidado a largo plazo). Me mudé/mudaré/fuera de la instalación el (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente dejé un programa PACE (Programa de Cuidado Integral para Personas Mayores) (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- Dejaré de tener la cobertura de mi empleador o sindicato el (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- Participo en un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- Mi plan está por finalizar el contrato con Medicare, o Medicare está por finalizar el contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un Plan para Personas con Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) pero perdí el requisito obligatorio de necesidades especiales para participar en ese plan. Se canceló mi inscripción del SNP el (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.

Si ninguna de estas declaraciones refleja su situación o si no está seguro, comuníquese con Physicians Health Choice al 1-866-655-3736 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si reúne los requisitos para inscribirse. Del 15/10 al 1/3 atendemos los 7 días de la semana, de 7 a.m. a 9 p.m. hora local y del 2/3 al 14/10 atendemos de lunes a viernes de 7 a.m. a 9 p.m. hora local.

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia propuesta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

**Recibo****Información Importante sobre la Inscripción**

Fecha de la Solicitud \_\_\_\_\_

Fecha de Vigencia Propuesta \_\_\_\_\_

Identificación de Medicare \_\_\_\_\_

Nombre del Plan \_\_\_\_\_

Número de PBP/Plan de Salud \_\_\_\_\_

Identificación del Agente de Ventas \_\_\_\_\_

Nombre del Agente de Ventas \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Agente de Ventas \_\_\_\_\_

Esta copia verifica que usted se reunió con un agente que vende productos Physicians Health Choice. Una vez que Physicians Health Choice reciba el Formulario de Inscripción, usted recibirá una copia de su Formulario de Inscripción original por correo en un plazo de dos semanas. Esta copia es únicamente para sus archivos.

**No la reenvíe.**

Si no recibe una copia de su Formulario de Inscripción original por correo en dos semanas, comuníquese con su agente de ventas.

**Si tiene preguntas o desea inscribirse, hable con su agente de ventas local.**

Si no tiene un agente de ventas local, llame al **1-866-655-3736**, TTY **711**, del 15/10 al 1/3, los 7 días de la semana, de 7 a.m. a 9 p.m., hora local; y del 2/3 al 14/10, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 9 p.m., hora local.



Visite nuestro sitio de internet en:  
**www.PHCcares.com**



[www.PHCcares.com](http://www.PHCcares.com)

---

This information is available for free in other languages. Please contact our Customer Service number at 1-866-655-3736, TTY/TDD: 711, 7 a.m. to 9 p.m. local time zone, 7 days a week 10/15 – 3/1: 7 a.m. to 9 p.m. local time zone, Monday – Friday 3/2 – 10/14, for additional information.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al número 1-866-655-3736, TTY/TDD: 711, del 15/10 al 01/03, los 7 días de la semana, de 7 a.m. a 9 p.m. hora local y del 02/03 al 14/10, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 9 p.m. hora local, para obtener más información.

Y0066\_110820\_185529A\_Final\_V21\_PHC2\_S CMS Approved 09012011 UHTX12HM3355793\_000

# Formulario de Inscripción Individual 2012

## Cuando esté listo para inscribirse



Comuníquese con su agente de ventas local para que le ayude a elegir el mejor plan para usted y llene este formulario de inscripción, o



Llame a un agente de ventas de Physicians Health Choice que puede ayudarlo a inscribirse por teléfono. Llamada gratuita: **1-866-655-3736**, TTY **711**, del 15/10 al 1/3, los 7 días de la semana, de 7 a.m. a 9 p.m. hora local; y del 2/3 al 14/10, de lunes a viernes de 7 a.m. a 9 p.m., hora local.

Nota: Si no tiene un agente que le ayude a inscribirse, llene el formulario de inscripción, fírmelo y escriba la fecha, y envíe la copia del formulario de inscripción a: Physicians Health Choice, P.O. Box 690670, San Antonio, TX 78269.

Entiendo que la persona que está analizando las opciones de planes conmigo es un agente de ventas, agente de seguros u otra persona empleada o contratada por Physicians Health Choice. Es posible que dicha persona reciba un pago por mi inscripción en un plan.

**Si actualmente tiene una cobertura de salud a través de un empleador o sindicato, su inscripción en uno de nuestros planes podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en nuestro plan.**

Lea los comunicados que le envíe su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite el sitio de internet o comuníquese con la oficina de su empleador o sindicato. Si no puede encontrar ninguna información de contacto, su administrador de beneficios o la oficina que atiende consultas acerca de su cobertura podrá ayudarlo.

Dé vuelta la página para inscribirse.



Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

# Formulario de Inscripción Individual 2012

Comuníquese con Physicians Health Choice si necesita información en otro idioma o formato (cinta de audio).

## For sales representative/agency use only

New Member    Plan Change   Employer Group ID Number   Branch ID

Where did this application originate from?    1. Retail/Mall Program    2. Community Meeting  
 3. Member Meeting    4. Local B2B Outreach    5. Local Event Outreach    6. Other

How was this application submitted?    Appointment    Mail in    Other

## 1. Información sobre el solicitante (escriba a máquina o en letra de imprenta con tinta negra o azul)

Apellido   Primer Nombre   Inicial del Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento / /   Sexo    Masculino    Femenino    Sr.    Sra.    Srta.

Número de Teléfono Residencial (   )   Número de Teléfono Alternativo (opcional) (   )

Dirección de Residencia Permanente (no una Casilla de Correo)

Ciudad   Estado   Código Postal   Condado

Dirección Postal (solamente si es diferente de su Dirección de Residencia Permanente)

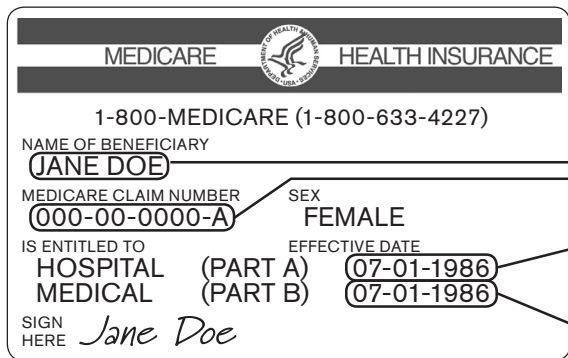
Ciudad   Estado   Código Postal

Dirección de Correo Electrónico (opcional): Envíenme a mi casilla de correo electrónico información del plan y actualizaciones.

Contacto de Emergencia (opcional)   Número de Teléfono (opcional)   Relación con usted (opcional)

## 2. Información de seguro de Medicare

Ayúdese con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para llenar esta sección — **o** — Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios.



Nombre (exactamente como aparece en la Tarjeta de Medicare)

Número de Reclamo de Medicare   Letra(s)

Fecha de vigencia de la Parte A (Cobertura Hospitalaria)

Fecha de vigencia de la Parte B (Cobertura Médica)

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

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia propuesta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

### 3. Sus opciones de pago (si aplica)

Si determinamos que usted adeuda una multa por inscripción fuera de plazo (o si actualmente tiene una multa por inscripción fuera de plazo), debemos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo, Transferencia Electrónica de Fondos (EFT, por sus siglas en inglés) todos los meses o le proporcionaremos un resumen mensual. También puede elegir pagar su prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés). Si se le impuso una Cantidad por el Ajuste Mensual Relacionado al Ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés) por la Parte D, recibirá una notificación de parte de la Administración del Seguro Social. Le corresponderá a usted pagar esta cantidad extra aparte de la prima de su plan. La cantidad se le retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social o se la facturará directamente Medicare o la RRB. **NO pague la cantidad IRMAA por la Parte D a Physicians Health Choice.**

Es posible que las personas que tienen ingresos limitados califiquen para recibir ayuda adicional con los costos de sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar el 75% o más del costo de sus medicamentos, incluyendo las primas, los deducibles anuales y el coaseguro de medicamentos con receta. Además, quienes califiquen no estarán sujetos al período sin cobertura ni a una multa por inscripción fuera de plazo. Muchas personas califican para estos ahorros, pero ni siquiera lo saben. Para obtener más información acerca de esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina local 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 la ayuda adicional por internet en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si califica para la ayuda adicional con los costos de su cobertura de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una parte de esta prima, le facturaremos la cantidad que Medicare no cubra.

(Si no selecciona una opción de pago, recibirá un resumen mensual por la cantidad que Medicare no cubra. Si desea habilitar la EFT, adjunte un cheque en blanco que diga **VOID** [anulado] en el frente.)

#### Seleccione una opción de pago para la prima (elija sólo una):

**Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB)** *(Una vez aprobada por el Seguro Social o la RRB, la deducción del Seguro Social/de la RRB puede demorar dos meses o más en comenzar. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta 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 momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa de sus primas mensuales.)*

**Transferencia Electrónica de Fondos (EFT)** desde su cuenta bancaria todos los meses.

Adjunte un cheque **anulado** o proporcione la siguiente información:

Nombre del Titular de la Cuenta \_\_\_\_\_ Número de Ruta Bancaria \_\_\_\_\_

Número de Cuenta Bancaria \_\_\_\_\_ Tipo de Cuenta  Cuenta Corriente

#### O elija recibir un Resumen Mensual

Resumen Mensual

### 4. Selección de plan de beneficios (elija sólo uno)

**Planes de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) con beneficios médicos solamente**

Physicians Health Choice Basic (HMO)

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia propuesta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

**5. Selección de Médico de Atención Primaria (PCP), clínica o centro de salud**

Consulte su Directorio de Proveedores o el sitio de internet del Plan para seleccionar un PCP.

N.º de Identificación de Proveedor \_\_\_\_\_

Nombre del PCP \_\_\_\_\_

¿Está viendo actualmente o ha visto recientemente a este médico?  Sí  No

**6. Lea y responda estas preguntas importantes**

**¿Tiene una Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)?**  Sí  No

Si se ha sometido a un trasplante de riñón exitoso y ya no necesita diálisis de manera regular, **adjunte una nota o registros** de su médico que demuestren esta situación, de lo contrario es posible que debamos comunicarnos con usted para obtener información adicional.

Si respondió que "Sí", ¿actualmente es miembro de una compañía de cuidado de la salud?  Sí  No

Si respondió que "Sí", indique el nombre de la compañía \_\_\_\_\_

N.º de Identificación de Miembro \_\_\_\_\_

**¿Tiene alguna otra cobertura de medicamentos con receta, como un seguro privado, TRICARE, beneficios de la Administración de Veteranos, Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica o la cobertura Federal de Beneficios de Salud para Empleados?**  Sí  No

Nombre del plan de la otra cobertura \_\_\_\_\_

N.º de identificación de miembro para esta cobertura \_\_\_\_\_

N.º de Identificación de Grupo \_\_\_\_\_ Fecha de Vigencia (opcional) \_\_\_\_\_

**¿Es un residente de una institución (p. ej., instalación de enfermería especializada, hospital de rehabilitación)?**  Sí  No

Si respondió que "Sí", indique el nombre de la institución \_\_\_\_\_

Dirección de la institución \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la institución (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fecha de admisión en la institución \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

Si respondió que "Sí", indique su número de Identificación de Medicaid \_\_\_\_\_

**¿Usted o su cónyuge trabaja?**  Sí  No

**¿Usted o su cónyuge tiene algún seguro de salud que no sea Medicare, como un seguro estatal, la Compensación del Seguro Obrero o los beneficios de la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés)?**  Sí  No

Si tiene otro seguro de salud ¿de qué tipo es? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el nombre del seguro de salud? \_\_\_\_\_

N.º de Grupo \_\_\_\_\_ N.º de Identificación \_\_\_\_\_

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia propuesta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

**7. Formatos alternativos (marque sólo uno)**

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

- Español  
 Otro \_\_\_\_\_

Comuníquese con Physicians Health Choice al 1-866-655-3736 si necesita información en otro formato o idioma que no se haya mencionado anteriormente. Nuestro horario de atención es del 15/10 al 1/3, los 7 días de la semana, de 7 a.m. a 9 p.m. hora local y del 2/3 al 14/10, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 9 p.m. hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

**Declaraciones de conformidad**

1. Physicians Health Choice Basic (HMO) es un plan Medicare Advantage que tiene un contrato con el gobierno Federal. Deberé conservar mis Partes A y B de Medicare. Sólo puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o plan para medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o pueda tener en el futuro. Sólo para Planes Medicare Advantage: Entiendo que si no tengo una cobertura de medicamentos con receta de Medicare, o una cobertura de medicamentos con receta acreditable (tan buena como la de Medicare), es posible que tenga que pagar una multa por inscripción fuera de plazo si en el futuro me inscribo en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Generalmente, la inscripción en este plan es para todo el año. Una vez que me inscriba, podré dejar este plan o hacer cambios sólo en ciertos 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 ciertas circunstancias especiales.
2. Physicians Health Choice Basic (HMO) cubre un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de cobertura de Physicians Health Choice Basic (HMO), deberé notificar al plan para que pueda cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de Physicians Health Choice Basic (HMO), tendré derecho a apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios si no estoy de acuerdo con ellas. Me comprometo a leer el Comprobante de Cobertura de Physicians Health Choice Basic (HMO) cuando lo reciba para conocer las reglas que debo seguir para recibir cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas que tienen Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras estén fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera estadounidense.
3. Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, acepto que Physicians Health Choice Basic (HMO) divulgue mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para operaciones de cuidado de la salud, pago y tratamiento. También acepto que Physicians Health Choice Basic (HMO) divulgue mi información, que incluye mis datos sobre eventos asociados a medicamentos con receta si corresponde, a Medicare, quien puede, a su vez, divulgarlos con fines de investigación u otros que cumplan todos los estatutos y normas Federales correspondientes. La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se podrá cancelar mi inscripción en el plan.

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia propuesta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

**Declaraciones de conformidad (continuación)**

4. Entiendo que, si anteriormente tuve una cobertura de medicamentos con receta o cualquier seguro que incluyera medicamentos, pueden solicitarme un comprobante de que mi cobertura de medicamentos con receta anterior era al menos tan buena como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare (cobertura acreditable de medicamentos con receta). Puedo enviar copias de mi comprobante junto a este formulario o puedo esperar a que me lo soliciten. No tengo que enviar un comprobante para inscribirme. No obstante, si me solicitan un comprobante y no lo proporciono, mi prima puede sufrir un aumento debido a una multa por inscripción fuera de plazo. Para obtener más información sobre la multa por inscripción fuera de plazo, puedo visitar [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); (los usuarios con limitaciones auditivas deben llamar al 1-877-486-2048), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
5. Es posible que haya servicios de asesoramiento disponibles en mi estado que me aconsejen sobre el Seguro Complementario de Medicare u otras opciones de Planes Medicare Advantage o para Medicamentos con Receta, así como asistencia médica a través del Programa Medicaid estatal y Programa de Ahorro de Medicare.

**Physicians Health Choice Basic (HMO)**

Entiendo que a partir de la fecha en que comience la cobertura del plan Physicians Health Choice Basic (HMO), deberé recibir todos los beneficios cubiertos de los proveedores y farmacias contratados del plan, con la excepción de servicios de emergencia o requeridos de urgencia, o diálisis renal fuera del área de servicio. Entiendo que los servicios autorizados y otros servicios incluidos en mi documento de Comprobante de Cobertura estarán cubiertos tal como lo dispuesto. Si no recibo autorización previa según lo exigido para los servicios cubiertos, entiendo que **ni Medicare ni Physicians Health Choice Basic (HMO) pagarán los servicios.**

**Advertencia de fraude:** Toda persona que, con intención de estafar o con conocimiento de que está facilitando un fraude en contra de una compañía de seguros, envíe un Formulario de Inscripción o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, comete un fraude al seguro. El hecho de cometer un fraude al seguro puede tener como consecuencia la cancelación de la inscripción o la denegación de beneficios y puede estar sujeto a sanciones civiles o penales.

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia propuesta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

**8. Lea esta información importante**

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del estado donde vivo) en este Formulario de Inscripción significa que he leído, entiendo y acepto el contenido de este Formulario de Inscripción, las Declaraciones de Conformidad y la Declaración de Conformidad Adicional (correspondiente al plan que he elegido) en este formulario.

**Usted debe firmar y escribir la fecha en este Formulario de Inscripción Individual para que sea procesado.**

Si la firma es de un representante autorizado del solicitante, dicha firma certifica que: (1) la persona está autorizada a realizar esta inscripción conforme a las leyes estatales; y (2) la documentación de esta autorización se encuentra disponible a pedido de Medicare.

Firma del solicitante/miembro/representante autorizado	La Fecha de Hoy ____ / ____ / ____
--	---------------------------------------

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

Nombre		Relación con el solicitante	
Dirección		Número de Teléfono (        )	
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono Alternativo (opcional) (        )

**9. For sales representative/agency use only**

Selling Staff Member/Agent ID	Initial Receipt Date
Selling Staff Member/Agent Name	Proposed Effective Date
Agent Telephone Number	Did the agent assist in completing the application? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Agent Signature (required)	

**10. Período de elección**

AEP  
 ICEP  
 IEP (afiliados a MA o MA-PD)  
 IEP (afiliados a MA-PD que reúnen los requisitos para un 2.º IEP)  
 OEPI  
 SEP (Código de Razón SEP \_\_\_\_\_ )

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_  
 Fecha de vigencia propuesta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

### Declaración de Elegibilidad para un Período de Inscripción

**Por lo general, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage *solamente* durante el período de inscripción anual *del 15 de octubre al 7 de diciembre* de cada año. Hay excepciones que podrían permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.**

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a su situación. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su mejor saber y entender, reúne los requisitos para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, se podría cancelar su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Me mudé recientemente fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de los Estados Unidos. Volví a EE.UU. el (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- Tengo Medicare y Medicaid o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare.
- Recibo ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Ya no califico para recibir ayuda adicional para pagar mis medicamentos con receta de Medicare. Dejé de recibir ayuda adicional el (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- Me voy a mudar a, vivo en o recientemente me mudé fuera de una Instalación de Cuidado a Largo Plazo (por ejemplo, un asilo de convalecencia o instalación de cuidado a largo plazo). Me mudé/mudaré/fuera de la instalación el (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente dejé un programa PACE (Programa de Cuidado Integral para Personas Mayores) (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- Dejaré de tener la cobertura de mi empleador o sindicato el (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- Participo en un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- Mi plan está por finalizar el contrato con Medicare, o Medicare está por finalizar el contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un Plan para Personas con Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) pero perdí el requisito obligatorio de necesidades especiales para participar en ese plan. Se canceló mi inscripción del SNP el (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.

Si ninguna de estas declaraciones refleja su situación o si no está seguro, comuníquese con Physicians Health Choice al 1-866-655-3736 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si reúne los requisitos para inscribirse. Del 15/10 al 1/3 atendemos los 7 días de la semana, de 7 a.m. a 9 p.m. hora local y del 2/3 al 14/10 atendemos de lunes a viernes de 7 a.m. a 9 p.m. hora local.

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia propuesta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

**Recibo****Información Importante sobre la Inscripción**

Fecha de la Solicitud \_\_\_\_\_

Fecha de Vigencia Propuesta \_\_\_\_\_

Identificación de Medicare \_\_\_\_\_

Nombre del Plan \_\_\_\_\_

Número de PBP/Plan de Salud \_\_\_\_\_

Identificación del Agente de Ventas \_\_\_\_\_

Nombre del Agente de Ventas \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Agente de Ventas \_\_\_\_\_

Esta copia verifica que usted se reunió con un agente que vende productos Physicians Health Choice. Una vez que Physicians Health Choice reciba el Formulario de Inscripción, usted recibirá una copia de su Formulario de Inscripción original por correo en un plazo de dos semanas. Esta copia es únicamente para sus archivos.

**No la reenvíe.**

Si no recibe una copia de su Formulario de Inscripción original por correo en dos semanas, comuníquese con su agente de ventas.

**Si tiene preguntas o desea inscribirse, hable con su agente de ventas local.**

Si no tiene un agente de ventas local, llame al **1-866-655-3736**, TTY **711**, del 15/10 al 1/3, los 7 días de la semana, de 7 a.m. a 9 p.m., hora local; y del 2/3 al 14/10, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 9 p.m., hora local.



Visite nuestro sitio de internet en:  
**www.PHCcares.com**



[www.PHCcares.com](http://www.PHCcares.com)

---

This information is available for free in other languages. Please contact our Customer Service number at 1-866-655-3736, TTY/TDD: 711, 7 a.m. to 9 p.m. local time zone, 7 days a week 10/15 – 3/1: 7 a.m. to 9 p.m. local time zone, Monday – Friday 3/2 – 10/14, for additional information.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al número 1-866-655-3736, TTY/TDD: 711, del 15/10 al 01/03, los 7 días de la semana, de 7 a.m. a 9 p.m. hora local y del 02/03 al 14/10, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 9 p.m. hora local, para obtener más información.

Y0066\_110820\_185529A\_Final\_V21\_PHC2\_S CMS Approved 09012011 UHTX12HM3355793\_000