



# PLANES DE MEDICARE ADVANTAGE DE EASY CHOICE

## 2017 FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL

### Cómo inscribirse en Easy Choice

- 1 Lea este formulario de inscripción en su totalidad para asegurarse que comprenda la información.
- 2 Cuando esté listo, llene el formulario de inscripción en su totalidad. Según corresponda, escriba claramente en mayúsculas o coloque una "X" en la casilla correspondiente.
- 3 Cuando haya terminado, no olvide firmarlo y fecharlo.
- 4 Devuelva el formulario llenado y firmado a Easy Choice a P.O. Box 6025, Cypress, CA 90630 o por fax al 1-877-999-3945.
- 5 Comuníquese con su agente de ventas si tiene alguna pregunta.

Agente de ventas: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### 3 Otras formas fáciles de inscribirse en Easy Choice



Llame a Servicio al Cliente de Easy Choice al 1-866-999-3945.

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-247-6272.

El horario de funcionamiento es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Entre el 1 de octubre y el 14 de febrero, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m., o visítenos en cualquier momento en [www.easychoicehealthplan.com](http://www.easychoicehealthplan.com).



Inscríbese en línea en [www.easychoicehealthplan.com](http://www.easychoicehealthplan.com).



Inscríbese en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).



ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-866-999-3945** (TTY: **1-877-247-6272**).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-866-999-3945** (TTY: **1-877-247-6272**).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-866-999-3945** (TTY: **1-877-247-6272**)。

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Hãy gọi **1-866-999-3945** (TTY: **1-877-247-6272**).

주의: 를 사용하신다면 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-866-999-3945** (TTY: **1-877-247-6272**) 번으로 전화 주십시오.





## Pago de su prima mensual

**Si se está inscribiendo en un plan médico con una prima mensual de \$0:** Si determinamos que usted debe pagar una multa por inscripción tardía (o si usted actualmente tiene una multa por inscripción tardía), tenemos que saber cómo prefiere pagarla. Usted puede pagar por correo cada mes. También puede optar por pagar su prima por deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) cada mes, si es elegible. Si se le ha establecido un monto de ajuste mensual relevante a ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA), será notificado por la Administración del Seguro Social. Será responsable de pagar este monto adicional además de su prima del plan. El monto será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, o Medicare o la RRB le enviará una factura directamente. NO PAGUE el IRMAA de la Parte D a Easy Choice.

**Si se está inscribiendo en un plan con una prima mensual:** Usted puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda deber) por correo o deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) cada mes, si es elegible. Si se le ha establecido un monto de ajuste mensual relevante a ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA), será notificado por la Administración del Seguro Social. Será responsable de pagar este monto adicional además de su prima del plan. El monto será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, o Medicare o la RRB le enviará una factura directamente. NO PAGUE el IRMAA de la Parte D a Easy Choice.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener Ayuda Adicional para pagar sus costos de fármacos con receta. Si usted es elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de sus costos de fármacos, incluidas las primas mensuales de sus fármacos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califiquen no estarán sujetos al intervalo sin cobertura o la multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y 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 Ayuda Adicional en línea visitando [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp). Si califica para la Ayuda Adicional con sus costos de cobertura del plan de fármacos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de su prima del plan. Si Medicare paga únicamente una parte de esta prima, le facturaremos por el monto que no cubra Medicare. Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura mensual para pagar sus primas.

### Seleccione una opción para el pago de la prima:

Recibir una factura mensual     Seguro Social     Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB), (si es elegible). La deducción del Seguro Social o de la RRB puede requerir dos o más meses para comenzar después de 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 una 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 aprueban su solicitud de una deducción automática, o aprueban el comienzo de las deducciones después de la fecha de vigencia de la inscripción, le enviaremos una factura por sus primas mensuales.

## Consentimiento de contacto por teléfono

**Consentimiento para llamadas que no sean de telemarketing:** Acepto recibir llamadas o mensajes de texto que no sean de telemarketing del plan médico utilizando un sistema de marcado telefónico automatizado que proporciona información relevante y oportuna sobre la atención y cobertura médica. Estas llamadas pueden ser pregrabadas. Puedo excluirme en cualquier momento llamando al número que figura en la parte posterior de mi tarjeta de ID. Comprendo que el hecho de otorgar mi consentimiento para recibir llamadas o mensajes de texto no es una condición para recibir los productos o servicios del plan.

Sí (otorgo mi consentimiento)  No (no otorgo mi consentimiento)  Firma: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para llamadas de telemarketing:** Acepto recibir llamadas telefónicas o mensajes de texto del plan médico en mi teléfono celular utilizando un sistema de marcado telefónico automatizado o una voz pregrabada artificial. Estas llamadas proporcionarán información acerca de nuestros servicios, incluyendo información de marketing y consejos para ayudarle a tomar decisiones de atención médica. Estas llamadas o los mensajes de texto se harán a los números proporcionados en esta solicitud. Puedo excluirme en cualquier momento llamando al número que figura en la parte posterior de mi tarjeta de ID. Comprendo que el hecho de otorgar mi consentimiento para recibir llamadas o mensajes de texto no es una condición para recibir los productos o servicios del plan.

Sí (otorgo mi consentimiento)  No (no otorgo mi consentimiento)  Firma: \_\_\_\_\_



**Lea y responda estas preguntas importantes:**

1. ¿Tiene la enfermedad renal de etapa final (ESRD)?  Sí  No

Si usted ha tenido un trasplante renal exitoso y/o ya no necesita diálisis de forma regular, **adjunte una nota o los registros** de su médico en los que conste que ha tenido un trasplante renal exitoso o que no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que necesitemos comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. Para los planes MAPD: Algunas personas podrían tener otra cobertura para fármacos, incluidos otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios de salud de empleado federal, beneficios de VA o programas de asistencia farmacéutica estatales.

¿Tendrá alguna otra cobertura para fármacos recetados además de Easy Choice?  Sí  No

De responder "sí" indique esta otra cobertura y su número de identificación (ID) para esta cobertura:

Nombre de otra cobertura:

N.º de ID de esta cobertura:

N.º de grupo de esta cobertura:

3. ¿Es usted residente de un centro de atención a largo plazo, como un hogar de ancianos?  Sí  No

De responder "sí" proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución:

Dirección y número telefónico de la institución:

4. ¿Está usted inscrito en el programa de Medicaid de su estado?

Sí  No

Si responde "sí", indique su número de Medicaid:

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan?  Sí  No

**Seleccione UNA casilla para el idioma en el que prefiere recibir información:**

Inglés  Español (sujeto a disponibilidad)  Chino (sujeto a disponibilidad)  Coreano (sujeto a disponibilidad)  Vietnamita (sujeto a disponibilidad)

**Seleccione la casilla si prefiere recibir información en letra de imprenta grande:**

Comuníquese con Easy Choice llamando a Servicio al Cliente al número indicado en la parte interior de la cubierta de este folleto con respecto a la disponibilidad de la información en un formato o idioma diferente al indicado anteriormente.

**Elija un proveedor de cuidado primario (PCP), clínica o centro de salud:** (Nombre y apellido del PCP)

No. de ID

**¿Es usted un paciente actual?**  Sí  No

(Blanco: Copia para la oficina    Amarillo: Copia para el miembro)







## Declaración de elegibilidad para un periodo de inscripción

**Usualmente, se puede inscribir en un plan de Medicare Advantage únicamente durante el periodo de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.** Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes declaraciones con cuidado y elija el casillero si la declaración aplica a usted. Al completar cualquiera de las siguientes casillas usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si luego determinamos que esta información es incorrecta es posible que se cancele su inscripción.

**Si la declaración que elige requiere una fecha, utilice el siguiente formato: MMDDAAAA**

- Soy un nuevo beneficiario de Medicare.
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio para mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el
- Recientemente fui liberado de la cárcel. Fui liberado el
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el
- Recientemente obtuve la condición de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve esta condición el
- Cuento con Medicare y Medicaid o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare.
- Obtengo Ayuda Adicional para pagar la cobertura de fármacos recetados de Medicare.
- Ya no califico para recibir Ayuda Adicional para pagar mis fármacos recetados de Medicare. Dejé de recibir Ayuda Adicional el
- Me estoy mudando a, vivo en, o recientemente me mudé fuera de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos). Me mudé/me voy a mudar a/fuera del centro el
- Recientemente dejé el programa PACE el
- Recientemente perdí en forma involuntaria mi cobertura acreditable de fármacos recetados (cobertura al menos equivalente a Medicare). Perdí mi cobertura de fármacos el
- Estoy dejando la cobertura de empleador o sindicato el
- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia provisto por mi estado o estoy perdiendo/recientemente perdí la participación en tal programa el
- Mi plan está cancelando su contrato con Medicare o Medicare está cancelando su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de Necesidades Especiales (SNP) pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para permanecer en ese plan. Mi inscripción en el SNP fue cancelada el

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con Easy Choice al 1-866-999-3945 para averiguar si usted es elegible para inscribirse. Atendemos de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-247-6272.

(Blanco: Copia para la oficina    Amarillo: Copia para el miembro)



**Información de contacto de emergencia:**

Contacto de emergencia (opcional):

Número de teléfono (opcional):  Relación con usted (opcional):

**Agente de ventas/Solo uso oficial:**

Nombre del miembro de personal/agente/corredor (si recibió asistencia durante la inscripción):

Firma del agente: \_\_\_\_\_ Fecha en que se recibió la solicitud:   
M M D D A A A A

Iniciales del agente:  ID del agente:

N.º de teléfono del agente:

N.º de ID del plan: H  Fecha de vigencia de la cobertura:   
M M D D A A A A

ICEP/IEP  AEP  SEP (tipo):   No es elegible  Cancelación de la solicitud

(Blanco: Copia para la oficina    Amarillo: Copia para el miembro)

