# Información importante sobre su plan de Medicare Advantage

- Entiendo que la fecha de entrada en vigencia de la cobertura es cuando puedo comenzar a usar los servicios del plan, y el plan de Medicare Advantage me enviará una notificación por escrito de la fecha de entrada en vigencia de mi inscripción en el plan. Entiendo que este plan de Medicare Advantage se ofrece bajo un contrato con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y la revisión de sus beneficios por parte de los CMS. Entiendo que mi cobertura entrará en vigencia solo si esta inscripción es aprobada por el plan y los CMS.
- Entiendo que necesito conservar mi Medicare Partes A y B. Debo mantener mi seguro de la Medicare Parte B al continuar pagando la prima de la Parte B, si corresponde.
- Entiendo que al inscribirme en este plan de Medicare Advantage, automáticamente se anulará mi inscripción a los CMS de cualquier otro plan de Medicare Advantage del que actualmente soy miembro. **Solamente puedo estar en un plan de Medicare Advantage a la vez.** Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda tener en el futuro. Comprendo que si me inscribo en un plan de medicamentos recetados de Medicare Parte D, también debe ser un plan patrocinado por un grupo. Si me inscribo en un plan de medicamentos recetados de Medicare Parte D individual, se anulará mi inscripción en este plan de Medicare Advantage patrocinado por un grupo.
- Entiendo que, por lo general, la inscripción en este plan es por el año entero. Puedo abandonar este plan solamente en ciertas épocas del año si hay un periodo de inscripción disponible, o en determinadas circunstancias especiales. Puedo anular la inscripción de este plan de Medicare Advantage enviando una solicitud por escrito al patrocinador de mi plan. Antes de enviar una solicitud por escrito, hablaré sobre mi anulación de la inscripción con el patrocinador de mi plan para asegurarme de que no corren peligro mis beneficios de jubilación. Comprendo que si no tengo una cobertura acreditable de medicamentos recetados (tan buena como la de Medicare), es posible que tenga que abonar una penalidad por inscripción tardía si me inscribo en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro.
- Leeré el documento de Evidencia de Cobertura de este plan de Medicare Advantage para conocer las normas que debo seguir para recibir la cobertura de este plan de Medicare Advantage.
- Este plan de Medicare Advantage ofrece servicios en un área específica de servicios, que incluye todos los 50 estados, Washington, DC, Samoa Americana, Guam, Islas Marianas del Norte, Islas Vírgenes de los Estados Unidos y Puerto Rico. Si me mudo fuera del área que el plan abarca, debo notificarlo al plan para que pueda anular la inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que soy miembro del plan Medicare Advantage, tengo derecho a apelar decisiones del plan acerca del pago o de los servicios si no estoy de acuerdo.
- Entiendo que como miembro de este plan, tengo derecho a preguntar acerca de las decisiones del plan sobre los pagos o la cobertura de los servicios que recibo, si no estoy de acuerdo.
- **Divulgación de la información:** Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, acepto que el plan de salud de Medicare divulgue mi información a Medicare y a otros planes, según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.
- Asimismo, acepto que este plan de Medicare Advantage divulgue mi información a Medicare, que, a su vez, podrá divulgarla con fines de investigación y otros fines acordes a las leyes y los reglamentos federales vigentes. Entiendo que si se proporciona información falsa sobre la inscripción, automáticamente se anulará mi inscripción en este plan de Medicare Advantage.

Anthem

**Formulario de inscripción en un plan de salud patrocinado por un grupo de Anthem BC Health Insurance Company (Anthem BC Health)**

| **Para inscribirse en Anthem Medicare Preferred (PPO), proporcione la siguiente información:** | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del patrocinador del grupo<br>Laborers Health and Welfare Trust Fund for Northern California | | Núm. de grupo:<br>CAEGR010 | |
| ☑ Plan Anthem Medicare Preferred (PPO) | | Fecha de entrada en vigencia solicitada de la cobertura<br>(__ __/__ __/__ __ __ __)<br>(M M / D D / A A A A)<br>Por lo general, la fecha de entrada en vigencia es el primer día del mes siguiente a la fecha de recepción de la inscripción, a menos que se solicite y autorice una fecha posterior. | |
| Apellido | Nombre | Inicial del segundo nombre | ☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta. |
| Fecha de nacimiento (__ __/__ __/__ __ __ __)<br>(M M / D D / Y Y Y Y) | Sexo<br>☐ M ☐ F | Número de teléfono de casa ( )<br>Número de teléfono alternativo ( ) | |
| **Dirección de la residencia permanente** (no se admiten apartados de correos) | | | |
| Ciudad | | Estado | Código postal |
| **Dirección postal** (solo si difiere de la residencia permanente) | | | |
| Ciudad | | Estado | Código postal |
| **Dirección de correo electrónico**<br>Solo Anthem BC Health podrá utilizar su dirección de correo electrónico para enviarle comunicaciones. No compartiremos su dirección de correo electrónico con nadie. | | | |
| **Proporcione información sobre su seguro de Medicare** | | | |
| Tenga a mano su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para completar esta sección.<br>• Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.<br>O BIEN<br>• Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su tarjeta del Seguro Social o la Junta de Jubilación Ferroviaria (Railroad Retirement Board, RRB).<br>Debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B para inscribirse en un plan de Medicare Advantage. Tendrá que conservar Medicare Parte A y Parte B. | | Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare): | |
| | | Número de Medicare: | |
| | | Tiene derecho a lo siguiente: | Fecha de entrada en vigencia: |
| | | HOSPITAL (Parte A) | |
| | | SEGURO MÉDICO (Parte B) | |

**Lea y conteste las siguientes preguntas importantes:**

1. ¿Es usted el jubilado? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí", indique la fecha de jubilación (mes/día/año) _____

Si respondió "No", indique el nombre del jubilado _____

Núm. de identificación de Medicare del jubilado _____

2. ¿Padece enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD)? ☐ Sí ☐ No

Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso o ya no necesita diálisis de forma periódica, **adjunte una nota o registros** de su médico donde se indique que usted ha tenido un trasplante de riñón exitoso o que ya no necesita diálisis; de lo contrario, tal vez debamos comunicarnos con usted para obtener información adicional.

3. ¿Tiene otro seguro médico? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí", ¿cuál es el nombre del plan de salud (p. ej., Aetna, Humana, Cigna)? _____

¿Cuáles son las fechas de entrada en vigencia de la cobertura? _____

4. Es posible que algunas personas posean otra cobertura diferente de medicamentos, como otro seguro privado, compensación para trabajadores, beneficios de Asuntos de los Veteranos (VA) o cobertura de programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados además del plan Anthem Medicare Preferred (PPO)?

☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí", indique su otra cobertura y el número de identificación correspondiente.

Nombre de la otra cobertura _____

Núm. de identificación de la cobertura _____

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

Si respondió "Sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución _____

Dirección (calle y número) y número de teléfono de la institución _____

_____

Este documento puede estar disponible en otro formato, como en letra grande. Llame al equipo de bienvenida de primeras impresiones al número que se indica en este documento si necesita más información.

**Lea y firme abajo**

**Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:**

Anthem Medicare Preferred (PPO) es un plan Medicare Advantage y tiene contrato con el gobierno federal. Necesitaré mantener mi elegibilidad para Medicare Parte A y Parte B. Puedo estar inscrito solamente en un plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan dará por terminada automáticamente mi inscripción en otro plan de salud de Medicare. Es mi responsabilidad informarle a Anthem Medicare Preferred (PPO) sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda adquirir en el futuro. Si mi plan no incluye cobertura de medicamentos recetados, entiendo que si no tengo otra cobertura de medicamentos recetados de Medicare u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados (tan buena como la de Medicare), es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si en un futuro me inscribo en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Por lo general, la inscripción en este plan es por el año entero. Luego de inscribirme, puedo retirarme del plan o solicitar cambios solo en momentos específicos del año si hay un periodo de inscripción disponible (ejemplo: el periodo de elección anual del 15 de octubre al 7 de diciembre) o en determinadas circunstancias especiales.

Anthem Medicare Preferred (PPO) brinda cobertura en un área de servicios específica. Si me mudo fuera del área donde brinda cobertura Anthem Medicare Preferred (PPO), debo notificárselo al plan para que pueda anular mi inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de Anthem Medicare Preferred (PPO), tendré derecho a apelar las decisiones del plan acerca de pagos o servicios con los que no esté de acuerdo. Leeré el documento de *Evidencia de Cobertura (EOC)* de Anthem BC Health para conocer las normas que debo seguir para obtener la cobertura de este plan de Medicare Advantage. Comprendo que los beneficiarios de Medicare por lo general no reciben la cobertura de Medicare cuando están fuera del país, salvo una cobertura limitada en áreas cercanas a la frontera de los EE. UU.

Entiendo que, por lo general, la fecha de entrada en vigencia es el primer día del mes siguiente a la fecha de recepción de la inscripción, a menos que se solicite y autorice una fecha posterior. A partir de la fecha en que comience la cobertura de Anthem BC Health, debo recibir todos mis servicios de atención médica de Anthem BC Health, a excepción de los servicios de emergencia y aquellos urgentemente necesarios o los servicios de diálisis fuera del área de servicio. Estarán cubiertos los servicios que autorice Anthem BC Health Insurance Company o Anthem BC Health y otros servicios que se incluyan en el documento *Evidencia de Cobertura* de Anthem Medicare Preferred (PPO), también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor. Sin autorización, NI MEDICARE NI ANTHEM BC HEALTH PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.

**Divulgación de la información:** Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que Anthem BC Health divulgará mi información a Medicare y a otros planes, según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Asimismo, acepto que Anthem BC Health divulgue mi información, incluso información sobre mis medicamentos recetados, a Medicare que, a su vez, podrá divulgarla con fines de investigación y otros fines acordes a las leyes y los reglamentos federales vigentes. Según mi leal saber y entender, la información de este formulario de inscripción es correcta.

Comprendo que, si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se anulará mi inscripción en el plan. Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre conforme a las leyes del estado donde resido) en esta solicitud implica que he leído y comprendo el contenido de esta. Si firma una persona autorizada (como se describió anteriormente), su firma certifica que: 1) esta persona está autorizada de conformidad con la legislación estatal para completar este formulario de inscripción, y 2) la documentación que justifica esta autorización se encuentra disponible a pedido de Medicare.

**Se requiere una firma para el procesamiento de la solicitud.**

| **Firma del solicitante** | **Fecha de hoy** |
|---|---|
| | |

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y brindar la siguiente información:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono ( ____ ) ____ - _____

Relación con el inscrito _____

Anthem

**Autorización conforme a la HIPAA**

Si desea autorizar a otra persona para que tenga la facultad de hablar con nosotros u obtener Información de Salud Protegida (Protected Health Information, PHI) en su cuenta, elija "Sí" a continuación y complete el formulario de autorización del miembro/premiembro en virtud de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA) que aparece en la siguiente página y devuélvalo a **Anthem Blue Cross, PO Box 110, Fond du Lac, WI 54936-0110**. Este formulario tendrá validez durante un año desde la fecha de la firma.* Si elige "No", y pasa a ser miembro en el futuro y desea completar el formulario de la HIPAA, puede realizar la solicitud comunicándose con Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en el dorso de su tarjeta de membresía.

☐ Sí ☐ No

Firma del solicitante _____ Fecha _____

* Si desea mantener al representante autorizado en su cuenta, se le exigirá un nuevo formulario todos los años.

## Envíe esta solicitud a la siguiente dirección:

Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc.
220 Campus Lane
Fairfield, CA 94534-1498

Consulte la Evidencia de cobertura *(EOC)* de Anthem BC Health Insurance Company para obtener una lista completa de todos los beneficios, condiciones, limitaciones y exclusiones de cobertura del plan.

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para contestarles preguntas a los miembros que no hablen inglés. Llame al equipo de bienvenida de primeras impresiones al número que se indica en este documento para solicitar servicios de intérprete.

Anthem BC Health Insurance Company es un plan LPPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Anthem BC Health Insurance Company depende de la renovación del contrato. Anthem BC Health Insurance Company es el nombre comercial de Anthem Insurance Companies, Inc. Licenciatario independiente de Blue Cross Association.

506109CASSPABC_NOCALA