

Marque una casilla: **Nueva inscripción** **Cambio del plan de miembro actual**

Actualmente estoy inscrito en el plan _____

Comuníquese con ConnectiCare, Inc. si necesita información en otro idioma o formato (braille).

Para inscribirse en un plan de ConnectiCare, Inc., o si es un miembro actual y desea cambiar su plan, proporcione la siguiente información:

Marque el plan en el que desea inscribirse. Asegúrese de seleccionar el plan correcto según el condado en el que vive. Si su condado de residencia no coincide con lo que selecciona, se le cobrará la prima asociada a su condado de residencia.

Información importante acerca del plan Dental Opcional:

- El plan Dental Opcional incluye beneficios dentales preventivos e integrales.
- Para inscribirse en el plan Dental Opcional, debe elegir un plan médico. Tenga en cuenta lo siguiente:
 - El plan Passage 1, Organización para el mantenimiento de la salud (HMO), incluye beneficios dentales preventivos e integrales. No puede agregar el plan Dental Opcional si se inscribe en el plan Passage 1.
 - Plan Choice 2 (HMO) y plan Choice 3 (HMO) incluye beneficios dentales preventivos. Si desea beneficios dentales preventivos e integrales adicionales, puede agregar el plan Dental Opcional por una prima mensual adicional de \$34.
 - Para todos los demás planes, puede agregar el plan Dental Opcional por una prima mensual adicional de \$34.

Si vive en el condado de Hartford, Litchfield, Middlesex o Tolland:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Plan Passage 1 (HMO) \$0 por mes | <input type="checkbox"/> Plan Flex 1 (HMO-POS) \$237 por mes |
| <input type="checkbox"/> Plan Choice 1 (HMO) \$186 por mes | <input type="checkbox"/> Plan Flex 2 (HMO-POS) \$120 por mes |
| <input type="checkbox"/> Plan Choice 2 (HMO) \$0 por mes | <input type="checkbox"/> Plan Flex 3 (HMO-POS) \$46 por mes |
| <input type="checkbox"/> Plan Choice 3 (HMO) \$0 por mes | |

Si vive en el condado de New Haven, New London o Windham:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Plan Passage 1 (HMO) \$0 por mes | <input type="checkbox"/> Plan Flex 1 (HMO-POS) \$237 por mes |
| <input type="checkbox"/> Plan Choice 1 (HMO) \$172 por mes | <input type="checkbox"/> Plan Flex 2 (HMO-POS) \$140 por mes |
| <input type="checkbox"/> Plan Choice 2 (HMO) \$0 por mes | <input type="checkbox"/> Plan Flex 3 (HMO-POS) \$66 por mes |
| <input type="checkbox"/> Plan Choice 3 (HMO) \$0 por mes | |

Si vive en el condado de Fairfield:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Plan Passage 1 (HMO) \$0 por mes | <input type="checkbox"/> Plan Flex 1 (HMO-POS) \$237 por mes |
| <input type="checkbox"/> Plan Choice 2 (HMO) \$0 por mes | <input type="checkbox"/> Plan Flex 3 (HMO-POS) \$66 por mes |
| <input type="checkbox"/> Plan Choice 3 (HMO) \$0 por mes | |

Deseo agregar el plan Dental Opcional por una prima mensual adicional de \$34.

Este lado se deja en blanco intencionalmente.

Para inscribirse en un plan de ConnectiCare, Inc., o si es un miembro actual y desea cambiar su plan, proporcione la siguiente información (continuación):

Apellido:		Primer nombre:		Segundo nombre:		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	
Fecha de nacimiento: ____/____/____ MM / DD / AAAA		Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Número de teléfono: (____) ____ - ____		Idioma principal:	
Dirección de correo electrónico:							
Domicilio permanente (no se permite apartado postal):							
Ciudad:				Estado:		Código postal:	
Dirección de correo (solo si difiere del domicilio permanente):							
Ciudad:				Estado:		Código postal:	
Contacto de emergencia:		Número de teléfono: (____) ____ - ____		Relación que lo une a usted:			
<p>Comprendo que los números de teléfono y la dirección de correo electrónico que he proporcionado en esta solicitud podrían ser utilizados por ConnectiCare o cualquiera de sus partes contratadas para comunicarse conmigo acerca de mi cuenta, la provisión de servicios para mí o mi plan de beneficios médicos o programas relacionados.</p>							

Seleccione el nombre de un proveedor de atención médica primaria (PCP), una clínica o un centro de salud:

Nombre: _____ PCP n.º _____ Paciente actual

No tengo un PCP. Seleccione un PCP de Passage cerca de _____ (Ciudad/Código postal)


Nota: Si se inscribe en el plan Passage 1, su PCP debe pertenecer a la red del plan Passage 1. Si no selecciona un PCP, se seleccionará uno para usted. Puede elegir un PCP diferente en la red del plan Passage 1 en cualquier momento.

Proporcione su información de seguro de Medicare

Para completar esta sección, tome su tarjeta roja, blanca o azul de Medicare.

Complete esta información tal como figura en su tarjeta de Medicare.

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

 MEDICARE HEALTH INSURANCE SOLO A MODO DE MUESTRA	
Name/Nombre	

Medicare Number/Número de Medicare	

Entitled to/Con derecho a	Coverage starts/Cobertura empieza
HOSPITAL (PART A)	_____
MEDICAL (PART B)	_____

Este lado se deja en blanco intencionalmente.

Pago de la prima de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan, incluida cualquier sanción por inscripción tardía que tenga en la actualidad o que adeude en el futuro, en línea, por teléfono, por correo o por transferencia electrónica de fondos (EFT), cada mes. También puede optar por pagar su prima mediante deducción automática de su cheque de beneficios del seguro social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB), cada mes. Si se calcula un monto de ajuste mensual por ingreso (IRMAA) de la Parte D, la Administración del Seguro Social (SSA) lo notificará. Usted será responsable de pagar este monto extra, además de la prima de su plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del seguro social, o Medicare o la RRB se lo cobrarán directamente. NO le pague el IRMAA de la Parte D a ConnectiCare, Inc.

Las personas con ingresos limitados podrían reunir los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos de venta con receta. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, esto incluye las primas mensuales de los medicamentos de venta con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes reúnan los requisitos no estarán sujetos al período sin cobertura ni a la sanción por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para este programa de ahorros y no lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina de seguro social local o llame al seguro social al 1-800-772-1213. Los usuarios que usan un dispositivo TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si reúne los requisitos para recibir ayuda adicional con los costos de cobertura de sus medicamentos de venta con receta de Medicare, Medicare pagará la prima de su plan, total o parcialmente. Si Medicare solo paga una parte de esta prima, le cobraremos el monto que Medicare no cubre.

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

Seleccione una opción de pago de la prima:

- Recibir una factura.
- Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde mi cuenta bancaria todos los meses.
Si selecciona la EFT, debe completar la solicitud de débito directo que se incluye en este folleto. También puede encontrar la solicitud en nuestro sitio web en **connecticare.com/medicare**.
- Deducción automática de mi cheque mensual de beneficios del seguro social.
- Deducción automática de mi cheque mensual de beneficios de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB).

(La deducción del seguro social/la RRB puede tardar dos o tres meses en comenzar una vez que el seguro social o la RRB aprueban la deducción. Es posible que haya un retraso en la retención de su prima debido al calendario de procesamiento mensual de la Administración del Seguro Social (SSA), dado que la fecha de inicio de retención de las primas no puede ser retroactiva. Si hay un retraso, se le cobrará directamente durante uno o dos meses hasta que su prima sea deducida. Si los pagos no se hacen durante este tiempo, su inscripción en ConnectiCare, Inc. podría ser cancelada. Si el seguro social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel por sus primas mensuales).

Este lado se deja en blanco intencionalmente.

Lea y conteste estas importantes preguntas

1. ¿Padece de nefropatía terminal (ESRD)? Sí No

Si ha recibido un trasplante de riñón exitoso o ya no necesita realizarse diálisis de forma regular, **adjunte una nota o los registros** de su médico donde conste que ha recibido un trasplante de riñón exitoso o que ya no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que debamos comunicarnos con usted para obtener más información.

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

¿Tendrá alguna otra cobertura de medicamentos de venta con receta además de ConnectiCare, Inc.? Sí No

Si la respuesta es "Sí", mencione su otra cobertura y el/los número(s) de identificación (ID) de esta cobertura:

Nombre de la cobertura: _____ N.º de ID de esta cobertura: _____ N.º de grupo de esta cobertura: _____

3. ¿Vive en un centro de cuidados a largo plazo, tal como un asilo? Sí No

Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información: Nombre de la institución: _____

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

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

Si la respuesta es "Sí", indique su número de Medicaid: _____

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

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

Español Letra grande

Comuníquese con ConnectiCare al 1-877-224-8220 si necesita información en un idioma o formato accesible que no sea el mencionado anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este, los siete días de la semana. Los usuarios que usan un dispositivo TTY deben llamar al 1-800-842-9710.

Por lo general, podrá inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual que es del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de dicho período.

Lea las siguientes declaraciones con atención y marque las casillas de todas las declaraciones que se aplican a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información no es correcta, se podrá cancelar su inscripción.

Me inscribo durante el período de inscripción anual (AEP) del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Soy nuevo en Medicare.

Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).

Recientemente, me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual, o me mudé recientemente y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el ___/___/____.

Recientemente, fui liberado de una encarcelación. Me liberaron el ___/___/____.

Recientemente, regresé a los Estados Unidos luego de vivir de forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el ___/___/____.

Recientemente, obtuve el estatus de residencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el ___/___/____.

Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente recibí Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el ___/___/____.

Este lado se deja en blanco intencionalmente.

Lea y conteste estas importantes preguntas (continuación)

- Recientemente tuve un cambio en mi ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos de venta bajo receta de Medicare (recibió ayuda adicional, tuvo un cambio en el nivel de ayuda adicional o perdió la ayuda adicional) el ___ / ___ / ____.
- Tengo Medicare y Medicaid, o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare o recibo ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos de venta bajo receta de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- Me voy a mudar a un centro de cuidados a largo plazo (por ejemplo, un asilo), vivo en uno o, recientemente, me mudé de uno. Me mudé/mudaré al centro o me mudé del centro el ___ / ___ / ____.
- Recientemente, abandoné un programa PACE el ___ / ___ / ____.
- Recientemente, perdí de manera no intencional mi cobertura de medicamentos de venta con receta acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el ___ / ___ / ____.
- Dejaré la cobertura del empleador o sindicato el ___ / ___ / ____.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica brindado por mi estado.
- Mi plan finalizará su contrato con Medicare, o Medicare finalizará su contrato con mi plan.
- Me inscribí en un plan de Medicare (o de mi estado) y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el ___ / ___ / ____.
- Estaba inscrito en un plan de necesidades especiales (SNP), pero ya no cumpla los requisitos de necesidades especiales necesarios para estar en ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el ___ / ___ / ____.
- Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre importante (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA]). Una de las otras declaraciones presentes se aplicó a mi caso, pero yo no pude realizar mi inscripción debido a un desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso o si no está seguro, comuníquese con ConnectiCare, Inc. al 1-877-224-8220 (TTY: 1-800-842-9710) para saber si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este, los siete días de la semana.



Lea esta información importante y firme en la página 6

Si en la actualidad tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, inscribirse en ConnectiCare, Inc. podría afectar sus beneficios de salud del empleador o sindicato. Si se inscribe en ConnectiCare, Inc., podría perder su cobertura de salud del empleador o sindicato. Lea las comunicaciones que le envían su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que se menciona en sus comunicaciones. Si no hay información sobre con quién comunicarse, su administrador de beneficios o la oficina que responde las preguntas sobre su cobertura podrán ayudarlo.

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

ConnectiCare, Inc. es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato. Necesitaré mantener las Partes A y B de Medicare. Puedo estar en un solo plan Medicare Advantage a la vez, y entiendo que, si me inscribo en este plan, finalizará, de forma automática, mi inscripción en otro plan de salud de Medicare o plan de medicamentos de venta con receta. **Es mi responsabilidad informarles de cualquier cobertura de medicamentos de venta con receta que tenga o que adquiera en el futuro. Entiendo que, si me inscribo en el plan Choice 2 (HMO) y no tengo cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare o cobertura de medicamentos de venta con receta acreditable (tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una sanción por inscripción tardía en caso de que me inscriba en cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare en el futuro.** Por lo general, la inscripción en este plan es para todo el año. Una vez que me inscriba, podré abandonar este plan o realizar cambios solo en determinados 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 determinadas circunstancias especiales.

ConnectiCare, Inc. brinda servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que ConnectiCare, Inc. brinda servicios, debo avisar al plan para poder cancelar la inscripción y buscar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que soy miembro de ConnectiCare, Inc., tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre el pago o los servicios, si no estoy de acuerdo. Leeré el documento de Constancia de cobertura de ConnectiCare, Inc. cuando sepa qué reglas debo cumplir a fin de recibir cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que, generalmente, las personas que tienen Medicare no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, salvo por la cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.

Este lado se deja en blanco intencionalmente.

Lea esta información importante y firme abajo (continuación)

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de ConnectiCare, Inc., debo obtener toda la atención médica de ConnectiCare, Inc., salvo en caso de emergencia o necesidad urgente de atención o servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios autorizados por ConnectiCare, Inc. y los demás servicios previstos en mi documento de Constancia de cobertura de ConnectiCare, Inc. (también denominado contrato de membresía o acuerdo de suscripción). Sin autorización, **NI MEDICARE NI CONNECTICARE, INC. PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que, si recibo asistencia de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por ConnectiCare, Inc., es posible que se le pague en función de mi inscripción en ConnectiCare, Inc.

Divulgación de información: Reconozco que, al inscribirme en este plan de salud de Medicare, ConnectiCare, Inc. divulgará mi información a Medicare y a otros planes en la medida que sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Asimismo, reconozco que ConnectiCare, Inc. divulgará mi información, incluidos mis datos sobre medicamentos de venta con receta, a Medicare, que podrá divulgarla para fines de investigación y de otro tipo, que cumplan todas las leyes y normas federales aplicables. A mi leal saber, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que, si proporciono información falsa en este formulario intencionalmente, se cancelará mi inscripción en el plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si es firmada por una persona autorizada (como se describe más arriba), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal a realizar esta inscripción; y 2) la documentación de esta autorización está disponible si Medicare la solicita.

Su firma:

Fecha de entrada en vigencia propuesta:

Fecha de hoy:

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (____) ____ - ____ **Relación con el inscrito:** Apoderado
 Tutor Curador Ninguna

Raza u origen étnico (opcional): Blanco Negro o afroamericano Hispano o latino
 Asiático Indígena americano Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico Otro
o nativo de Alaska

Para el uso del agente con licencia solamente:

Firma del agente/corredor: _____ Fecha de aceptación: _____

ID del agente/corredor: _____

Período de elección:

Período de elección de cobertura inicial (ICEP)/período de inscripción inicial (IEP): _____

Período de inscripción anual (AEP): _____ Tipo de período de elección especial (SEP): _____

Se requiere un Alcance de la cita para todas las conversaciones de ventas, excepto seminarios.
¿Esta solicitud se originó en un seminario?

SÍ NO

Este lado se deja en blanco intencionalmente.