

Formulario de Inscripción Individual

Para inscribirse por favor proporcione toda la información solicitada, a menos macardo como opcional.

<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta..		Nombre:		MI	Apellido:	
Fecha de Nacimiento: (MM/DD/YYYY)		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
Dirección de Residencia Permanente:				Apt # o Espacio:		
Ciudad:		Estado:	Codigo Postal:	Número de teléfono:		
Correo electrónico: (opcional)						
Dirección (sólo si es diferente a su dirección de residencia permanente)				Apt # o Espacio:		
Ciudad:			Estado:	Codigo Postal:		
Nombre de contacto alternativo: (opcional)			Correo electrónico alternative : (opcional)			
Número de teléfono alternativo: (opcional)		Relación con usted: (opcional) () Amigo () Pariente () Cuidador () Otro: _____				
Por favor, marque una de las casillas de abajo, si usted prefiere que le enviemos la información en un idioma distinto del Inglés? <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro: _____						

PARTE 2: FAVOR DE PROPORCIONAR SU INFORMACIÓN DE SEGUROS MEDICARE

<p>Por favor, saque su tarjeta de Medicare para completar esta sección.</p> <ul style="list-style-type: none"> Favor de llenar estos espacios que coinciden con su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul. <p>-OR-</p> <ul style="list-style-type: none"> Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta de la Administración del Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario.. <p>Usted debe tener Medicare Parte A y Parte B para afiliarse a un plan de Medicare Advantage.</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">MEDICARE</td> <td style="text-align: center;">SEGURO DE SALUD</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><small>MUESTRA SOLAMENTE</small></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nombre: _____</td> </tr> <tr> <td>Número de reclamación de Medicare</td> <td>Sexo _____</td> </tr> <tr> <td>_____ - _____ - _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Tiene derecho a</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Día Effectivo</td> </tr> <tr> <td>HOSPITAL (Parte A)</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>MEDICAL (Parte B)</td> <td>_____</td> </tr> </table>	MEDICARE	SEGURO DE SALUD	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)		<small>MUESTRA SOLAMENTE</small>		Nombre: _____		Número de reclamación de Medicare	Sexo _____	_____ - _____ - _____		Tiene derecho a			Día Effectivo	HOSPITAL (Parte A)	_____	MEDICAL (Parte B)	_____
MEDICARE	SEGURO DE SALUD																				
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)																					
<small>MUESTRA SOLAMENTE</small>																					
Nombre: _____																					
Número de reclamación de Medicare	Sexo _____																				
_____ - _____ - _____																					
Tiene derecho a																					
	Día Effectivo																				
HOSPITAL (Parte A)	_____																				
MEDICAL (Parte B)	_____																				

PARTE 3: OPCIONES DE SU PLAN DE PRIMA

Usted puede pagar su plan de recetas médicas de Medicare directamente a su prima mensual, o la prima mensual se deduzca de su cheque del Seguro Social. Si opta por pagar directamente, puede pagar por correo o por transferencia electrónica de fondos (EFT). En general, usted debe permanecer con la opción que elija para el resto del año.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir ayuda adicional para pagar sus gastos de recetas médicas. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos de prescripción, deducibles anuales y co-seguro. Además, aquellos que califican, no estarán sujetas a la falta de cobertura o penalidad por inscripción tarde. muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera 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 de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. también puede solicitar ayuda adicional en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si usted califica para ayuda adicional, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga sólo una parte de esta prima, se le facturará por la cantidad que Medicare no cubre.

Si usted no selecciona una opción de pago, usted recibirá una factura cada mes..

Por favor seleccione una opción de pago de la prima:

- Reciba una factura
- Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria cada mes. Por favor, adjunta un cheque

ANULADO o proporcionar lo siguiente:

Nombre en la cuenta: _____
Número de ruta bancaria: _____ Número de Cuenta: _____

Tipo de Cuenta: Cuenta de Cheques Cuenta de Ahorros

- Tarjeta de Credito. Por favor proporcione la siguiente información:

Tipo de tarjeta: _____
Nombre del titular de la cuenta como aparece en la tarjeta: _____
Número de Cuenta: _____
Fecha de expiración: __/__/____ (MM/AAAA)

- Deducción automática de su cheque mensual del Seguro Social de beneficios. (La deducción del Seguro Social puede tardar dos meses o más para empezar. En la mayoría de los casos, la primera deducción de su cheque del beneficio del Seguro Social incluirá todas las primas de su fecha de vigencia de inscripción hasta el punto de retención comienza.)

PARTE 4: PLAN Y INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR:

Fecha efectiva de cobertura: (Nota: En general, usted no puede elegir la fecha de vigencia de la cobertura. **Brand New Day** (el "Plan") le dejará saber cuando podrá comenzar a utilizar los servicios del plan):

Por favor, consulte el plan que usted desea inscribirse en - marque sólo una casilla:

Brand New Day para grave y persistente de Enfermos Mentales Plan – Plan de Necesidades Especiales (SPMI SNP- PBP 020):

Los Angeles Orange Kern San Bernardino Riverside

Nombre del médico elegido de Atención Primaria (PCP), clínica o centro de salud:	PCP Código de proveedor y/o número de Región:
--	---

Contratante dentista que usted ha elegido (si corresponde):	# de facilidad Dental (si corresponde):
---	---

PARTE 5: PREGUNTAS ELIMINATORIAS SMI SNP:

Con el fin de ser *elegible para la inscripción* con **Brand New Day** beneficiario debe tener un trastorno mental grave que significa un trastorno mental que es fuerte en el grado y la persistencia en el tiempo y que puede causar trastornos del comportamiento o deteriorar el funcionamiento con el fin de interferir sustancialmente con las actividades de la vida diaria. Tenga en cuenta que estas cuestiones serán utilizados de manera estrictamente confidencial y sólo como un medio de calificación de un beneficiario para la inscripción en este Plan de SNP. Toda la información es confidencial, salvo en el caso de compartir con Medicare.

1. Está usted actualmente está recibiendo tratamiento para una de las siguientes condiciones:

Esquizofrenia Trastorno Esquizoafectivo Desorden Bi-polar (Depresión Maníaco)

Depresión Mayor o Trastorno Paranoid

2. Está usted recibiendo actualmente los siguientes beneficios? ___ SSI y/o ___ SSDI

PARTE 6: POR FAVOR LEA Y RESPONDER A ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES:

1. Tiene actualmente en etapa final enfermedad renal terminal (ERT) Sí No

Si usted contestó "sí" a esta pregunta y usted no necesita diálisis regularmente, o ha tenido un trasplante de riñón exitoso, por favor, adjuntar una **nota o registros** de su médico demostrando que no necesita diálisis o han recibido un trasplante de riñón exitoso.

2. Algunos individuos pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluyendo otro seguro privado, TRICARE, beneficios para empleados federales de salud de cobertura, beneficios VA, o los programas estatales de asistencia farmacéutica.

Tendrá usted otra cobertura de medicamentos recetados, además de **Brand New Day**? Sí No

If "yes", please list your other coverage and your identification (ID) number(s) for this coverage:

Nombre de otra cobertura: # de ID : # de Grupo para esta cobertura:

3. Está inscrito en el programa Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, indique el numero de los beneficios de Medi-Cal (BIC): _____		
4. Usted o su cónyuge trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
5. Usted, por su propia cuenta o a través de su cónyuge, tiene otro seguro de salud de Medicare, como el seguro privado, Compensación de Trabajadores, o VA beneficios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, qué tipo de seguro tiene usted? _____		
Cuál es el nombre de su seguro? _____		
6. Usted es residente en una instalación a largo plazo, como un asilo de ancianos? (centro de enfermería, por ejemplo, casa de reposo, hospital de rehabilitación, hogar de convalecencia, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, el nombre de la institución:	Número de teléfono:	Su fecha de ingreso en la institución:
Dirección de la institución (calle y numero):	Ciudad:	Estado: Codigo:



PARTE 7: POR FAVOR LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE

Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, su afiliación Brand New Day podría afectar a su empleador o de beneficios para la salud de la Unión. Si usted tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, su afiliación **Brand New Day** puede cambiar la forma en que funciona su cobertura actual. Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envían. Si usted tiene preguntas, visite su sitio web, o comuníquese con la oficina que aparece en sus comunicaciones. Si no hay información sobre a quién contactar, su administrador de beneficios o la oficina que responde a las preguntas sobre su cobertura puede ayudar.

PARTE 8: POR FAVOR LEA, INICIAL Y FIRMA ABAJO:

Al completar esta solicitud de inscripción, estoy de acuerdo a lo siguientes:

1. **Brand New Day** es un plan Medicare Advantage y tendré que conservar mis Partes A y B. Sólo puedo estar en un plan Medicare Advantage a la vez. Es mi responsabilidad de informar a usted de cualquier cobertura de medicamentos recetados que tengo o pueda tener en el futuro. La inscripción es este plan es en general para todo el año. Puedo salir de este plan sólo en ciertas épocas del año, o bajo ciertas circunstancias especiales, enviando una solicitud a Brand New Day, o llamando al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. _____ **(Inicial)**
2. **Brand New Day** sirve a un área de servicio específico. Si me mudo fuera del área que sirve a **Brand New Day**, tengo que notificar al plan para darme de baja y buscar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que soy miembro de Brand New Day, tengo el derecho de apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios si no estoy de acuerdo. Voy a leer el documento Evidencia de Cobertura de **Brand New Day** cuando lo reciba para saber qué normas hay que seguir para recibir la cobertura con el plan de Medicare Advantage. _____ **(Inicial)**
3. Yo entiendo que a partir de la fecha de cobertura **Brand New Day** comienza, tengo que conseguir todos los cuidado de salud de **Brand New Day**, con la excepción de los servicios de emergencia o urgencia o fuera del área de servicios de diálisis. Los beneficiarios de Medicare generalmente no están cubiertos bajo Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada en Canadá y México. Los servicios autorizados por Brand New Day y otros servicios que figuran en mi **Brand New Day** evidencia del documento de cobertura (también conocido como miembro de un contrato o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización, NI MEDICARE NI BRAND NEW DAY PAGARÁ PARA LOS SERVICIOS. _____ **(Inicial)**
4. Entiendo que estoy recibiendo la asistencia de un agente de ventas, agentes, u otra persona empleada o contratada con Brand New Day, él/ella puede ser pagado con base en mi inscripción en Brand New Day. _____ **(Inicial)**
5. **Divulgación de información:** Al unirse a este plan de plan de salud Medicare, reconozco que el plan de salud de Medicare divulgará mi información a Medicare y otros planes que sean necesarios para el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud. La información de este formulario de inscripción es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, será dado de baja del plan. _____ **(Inicial)**
6. Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar a favor de la persona bajo las leyes del Estado donde reside el individuo) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si es firmado por una persona autorizada (como se describió anteriormente), esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada bajo la ley estatal para completar esta inscripción y 2) documentación de esta autorización está disponible a petición de **Brand New Day** o de Medicare. _____ **(Inicial)**

Firma del solicitante: _____ **Fecha de Hoy:** _____

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

Firma: _____ **Nombre de impresión:** _____

Relación con el afiliado: _____

Dirección: _____ **Número de teléfono:** _____

Tipo de documento: () DPOA () DPAHC () Escrito a las Directivas Anticipadas () Tutor Legal

Si alguien ayudó a la persona rellene el formulario (con la excepción de la fecha efectiva), él / ella debe firmar la siguiente línea:

Firma: _____ **Fecha:** _____

Relación con el afiliado: _____

Inscríbese por: () # Rastreo Telefónico _____ () # Tastreo de Web _____ () Seminario del Grupo () En el Hogar

HMO California Office Use Only:

Date of Receipt: _____ Date Entered: _____ Plan ID# _____ Initials of Verification Rep: _____

Date E4 Letter Sent out: _____ Date E6 Letter Sent Out: _____ Effective Date of Coverage: _____

Plan Rep Name: _____ Group #: _____ Part D Premium: _____

ICEP: _____ OEP: _____ AEP: _____ SEP (type): _____ LIS: _____

Notes: _____
