

Solicitud de Afiliación 2019



Para inscribirse en Constellation Health, por favor proporcione la siguiente información:

Por favor, comuníquese con Constellation Health si usted necesita información en otro idioma o formato Braille.

Seleccione el plan al cual desea afiliarse:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Apollo Constellation Health (HMO) H8266-001 - \$0 al mes | <input type="checkbox"/> Genesis Prime Constellation Health (HMO SNP) H3054-003 - \$0 al mes |
| <input type="checkbox"/> Apollo @ Home Constellation Health (HMO) H8266-004 - \$0 al mes | <input type="checkbox"/> Olympus Constellation Health (PPO) H4876-001 - \$70 al mes |
| <input type="checkbox"/> Genesis Constellation Health (HMO SNP) H3054-001 - \$0 al mes | <input type="checkbox"/> Olympus Prime Constellation Health (PPO) H4876-003 - \$0 al mes |
| <input type="checkbox"/> Genesis @ Home Constellation Health (HMO SNP) H3054-004 - \$0 al mes | <input type="checkbox"/> Orion Constellation Health (HMO) H8266-002 - \$0 al mes |

Fecha de efectividad al plan / /
mm/dd/aaaa

Apellido:		Nombre:		Inicial segundo nombre:	
Fecha de nacimiento: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> mm/dd/aaaa		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Teléfono principal: () ()	
Dirección de residencia permanente (No se permiten apartados postales):					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Dirección postal (incluya copia de dirección para validación):					
Calle:		Ciudad:		Estado: Código Postal:	
Contacto de emergencia: _____					
Número de teléfono:			Relación o parentesco con usted:		
En caso de ser necesario, ¿autoriza a que le enviemos correspondencia a través de su correo electrónico?:					
SI, correo electrónico: NO _____					

Por favor, proporcione información sobre su seguro de Medicare:

Por favor, saque su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

- Favor de completar información según aparece en su tarjeta de Medicare.
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.



Nombre: _____ Sexo: _____
 Número de Reclamación de Medicare: _____ - _____
 Tiene derecho a: Hospital (Parte A) _____ Fecha de vigencia: _____
 Servicios Médicos (Parte B) _____
 Usted debe tener las Partes A Y B de Medicare para inscribirse en un plan de Medicare Advantage.

Pago de la prima del plan:

Si determinamos que usted debe una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagar. Puede enviar su pago por correo o tarjeta de crédito de American Express cada mes. También puede seleccionar pagar su prima con una deducción mensual automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario. Si determina que tiene que pagar una cantidad ajustada mensual de la Parte D debido a sus ingresos, será notificado(a) por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Se le puede retener la cantidad de su cheque de beneficios del Seguro Social o enviar directamente la factura de Medicare, o de la Junta de Retiro Ferroviario. NO pague la cantidad adicional de la Parte D-IRMAA a Constellation Health.

Para Olympus Constellation Health (PPO):

Usted puede pagar la prima mensual del plan (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía que usted deba) por correo o a través de débito directo de su cuenta de banco (ACH, por sus siglas en inglés). También puede seleccionar pagar su prima con una deducción mensual automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Si se determina que tiene que pagar una cantidad ajustada mensual de la Parte D debido a su ingreso, será notificado(a) por la Administración del Seguro Social.

Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Usted puede pagar su prima con una deducción mensual automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario. NO pague la cantidad adicional de la Parte D-IRMAA a Constellation Health.

Personas con ingresos limitados pueden cualificar para ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted cualifica, Medicare podría pagar 75% o más de los costos de sus medicamentos incluyendo primas por recetas médicas mensuales, deducibles anuales y coaseguro. Además, aquellos que cualifican no tienen período sin cobertura o multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y no lo saben. Para más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios TTY pueden llamar al 1-800-325-0778. También pueden aplicar para la ayuda adicional a través del sitio de Internet www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si usted cualifica para ayuda adicional con los costos de cobertura de sus medicamentos recetados de Medicare, Medicare le pagará todo o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga sólo una parte de esta prima, nosotros le enviaremos la factura por la cantidad que no cubre Medicare.



Por favor, seleccione una opción para el pago de la prima del plan:

- Tarjeta de crédito American Express
- Recibir una factura
- Débito direct de su cuenta de banco cada mes (ACH, por sus siglas en inglés)

Por favor, adjunte un cheque CANCELADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del dueño de la cuenta: _____

Nombre del banco: _____

Número de ruta del banco: _____ Número de cuenta del banco: _____

Tipo de cuenta: Cheques Ahorros

- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario
Obtengo Beneficios mensualmente de: Seguro Social RRB

(Puede tomar dos meses o más para comenzar la deducción después que el Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario aprueba la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario incluirá todas las primas que deba de su inscripción desde la fecha que entra en vigencia hasta que comience la retención. Si el Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario no aprueba su solicitud para deducción automáticamente, le enviaremos una factura por su prima mensual).

Por favor, lea y conteste estas preguntas importantes:

1. ¿Tiene usted la Enfermedad Fallo Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)? Sí No

Si ha tenido un trasplante exitoso de riñón y/o si ya no necesita diálisis en forma regular, por favor, adjunte una nota o registros de su doctor muestren que su trasplante de riñón fue exitoso o que usted ya NO necesita de diálisis, de lo contrario es posible que tengamos que comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluyendo seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios médicos de empleados federales, beneficios para veteranos(VA, por sus siglas en inglés) o programas estatales de ayuda farmacéutica.

¿Tiene usted otro plan o cubierta para medicamentos recetados?

- Sí, (complete cuestionario COB) No

Si la respuesta es "Sí" por favor, haga una lista de sus otras coberturas y el (los) número(s) de identificación para la(s) cobertura(s):

Nombre de la otra cobertura: _____ Número de identificación de la cobertura: _____ Número de grupo de la cobertura: _____

3. ¿Es usted residente de una institución de cuidados a largo plazo, como un asilo de ancianos?
 Sí, Nombre de la institución: _____ No

4. ¿ Está inscrito en un programa estatal de Medicaid?
 Sí, Número de Medicaid: _____ No

5. ¿Trabaja usted? Sí No ¿Trabaja su cónyuge ? Sí No

6. ¿Utiliza usted equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) Sí, (complete cuestionario DME) No

7. ¿Ya hizo su declaración de voluntad? (Si la tiene debe proveerla al plan.) Sí No

Por favor, indique el nombre de un médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)

Por favor marque el encasillado de su preferencia para que le enviemos información en un idioma distinto del inglés o en un formato accesible:

- Español Inglés Otro: _____

Por favor, comuníquese con Constellation Health al 1-866-714-0724 si necesita información en un formato accesible o idioma además de los que incluyeron anteriormente. Nuestro horario de servicio es de lunes a domingo, de 8:00am a 8:00pm. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-866-805-7777.

Por favor seleccione una de las siguientes opciones:

- Blanco Negro Hispano Americano Asiático Otro: _____



Por favor, lea esta información importante:

Si actualmente tiene cobertura médica por parte de un patrono o sindicato, el inscribirse en Constellation Health puede afectar los beneficios médicos de su patrono o sindicato. Usted puede perder la cobertura médica de su patrono o sindicato al ingresar en Constellation Health. Lea las comunicaciones que le envía su patrono o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web, o comuníquese con la oficina que aparece en sus comunicaciones. Si no hay información sobre con quien comunicarse, el administrador de sus beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudar.



Por favor, lea y firme a continuación:

Al completar esta aplicación de inscripción, estoy de acuerdo con lo siguiente:

Constellation Health es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el Gobierno Federal. Voy a tener que mantener la cobertura de las partes A y B de Medicare. Solamente puedo estar en un solo plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan termina automáticamente mi inscripción en otro plan médico o plan de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informarles acerca de cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga ahora o que pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan, por lo general, es por todo el año. Una vez que me inscriba, puedo salir de este plan o hacer cambios si el periodo de inscripción está disponible (por ejemplo), durante el Período de Inscripción Anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

Constellation Health proporciona servicios a un área específica. Si me mudo fuera del área en la cual Constellation Health proporciona servicio, necesito notificar al plan de manera que pueda darme de baja y encontrar nuevo plan en el área nueva. Desde el momento en que sea miembro de Constellation Health, tengo el derecho de apelar cualquier decisión del plan sobre pagos o servicios, si estoy en desacuerdo. Leeré el documento de la Evidencia de Cubierta de Constellation Health cuando lo reciba para saber cuáles reglas debo seguir para obtener cobertura con este plan de Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare por lo general no tienen cobertura de Medicare cuando están fuera del país excepto por cobertura limitada cerca de la frontera de Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Constellation Health, debo obtener todos mis cuidados de salud de Constellation Health, excepto en casos de emergencias o cuando necesite servicios de urgencias o servicios de diálisis fuera del área. Planes **PPO** solamente: Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Constellation Health, el usar los servicios dentro de la red puede costar menos que los servicios fuera de la red, excepto en casos de emergencias o cuando necesite servicios de urgencias o servicios de diálisis fuera del área. Si los servicios fueron necesarios por razones médicas. Constellation Health me reembolsará todos los beneficios cubiertos por el plan, aunque haya recibido los servicios fuera de la red. Los servicios autorizados por Constellation Health y otros servicios incluidos en mi documento de Evidencia de Cubierta, (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de subscriptor) tendrán cobertura. **Sin autorización, NI MEDICARE, NI CONSTELLATION HEALTH PAGARÁ LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si estoy recibiendo asistencia de algún agente de ventas, agente de seguros o cualquier otra persona empleada por o contratada por Constellation Health, él/ella puede recibir pagos basados en mi inscripción en Constellation Health.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan médico de Medicare, entiendo que Constellation Health dará a conocer mi información a Medicare y a otros planes en caso de que sea necesario debido a tratamiento, pagos y servicios médicos. También, entiendo que Constellation Health dará a conocer mi información incluyendo datos sobre mis medicamentos recetados a Medicare, quien puede darla a conocer para estudios y otros propósitos que sigan todos los estatutos y reglamentos federales que apliquen. La información en este formulario de inscripción es correcta hasta donde tengo conocimiento. Entiendo que si, de manera intencional, proporciono información falsa en este formulario, se me dará de baja del plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre de acuerdo a la ley del Estado en el que vivo) en esta aplicación significa que he leído y entiendo el contenido de esta aplicación. Si lo firma una persona autorizada (tal como se explicó antes), esta firma certifica que: 1) Esta persona está autorizada bajo la ley del Estado a completar esta inscripción y 2) los documentos de esta autorización están disponibles en Medicare, si se solicitan.

Firma: _____ Fecha de hoy: _____

Si usted es un representante autorizado o testigos, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información

Nombre: _____
Dirección: _____
Número de teléfono: _____
Parentesco con la persona inscrita: _____

Constellation Health, LLC. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Constellation Health, LLC. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Constellation Health, LLC. 遵守適用的聯邦民權法律規定, 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障 或性別而歧視任何人。ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.866.714.0724 (TTY: 1.866.805.7777). ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.866.714.0724 (TTY: 1.866.805.7777). 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 1.866.714.0724 (TTY: 1.866.805.7777)

PARA USO DEL AGENTE:

Nombre del agente en letra de molde (nombre y apellidos):	
Número de licencia del agente:	
Fecha efectividad de la cubierta:	<input type="checkbox"/> ICEP/IEP <input type="checkbox"/> AEP <input type="checkbox"/> SEP (Tipo) _____ <input type="checkbox"/> No elegible
Firma:	Fecha: ___/___/___ mm dd/ aaaa