



Formulario de solicitud de inscripción

NEVADA 2019

Tres pasos sencillos para inscribirse en SelectHealth Advantage® (HMO)

Lea este formulario con cuidado para asegurarse de que usted entiende la información proporcionada y lo que se solicita.

1

Tenga a la mano la siguiente información:

- > Su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul
- > Su número de identificación de Medicaid, si es que tiene uno
- > Las tarjetas de seguros para cualquier otro seguro de salud que pueda tener, si corresponde

2

Complete este formulario.

- > Este formulario no está completo si no está firmado y fechado.
- > Si un representante legal autorizado completa el formulario en su nombre, él o ella tendrá que firmar el formulario y completar la información en el cuadro que se encuentra inmediatamente debajo de la firma.

3

Envíe este formulario por correo o fax (no incluya esta página) a SelectHealth®.

- > Devuelva el formulario completado en el sobre prepagado que le proporcionaron.
O
- > Envíe el formulario completado por fax al **855-442-0357** (número gratuito).



Si tiene preguntas, llámenos:

Número gratuito 855-442-9940 • TTY 800-346-4128 o 711

1 de octubre al 31 de marzo

*Días de semana de 7:00 a.m. a 8:00 p.m.
Fines de semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.*

1 de abril al 30 de septiembre

*Días de semana de 7:00 a.m. a 8:00 p.m.
Sábado de 9:00 a.m. a 2:00 p.m.
Cerrado los domingos*

Deje un mensaje fuera de estas horas de operación. Se le devolverá su llamada dentro de un día hábil. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



Visítenos en línea, en:

selecthealth.org/medicare

CIRCUNSTANCIAS DEL PERÍODO DE ELECCIÓN

Por lo general, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage solo durante el período 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. Revise las Circunstancias del período de elección que se enumeran a continuación. Si la declaración se aplica a usted, escriba el número y fecha de la circunstancia, si corresponde, en la casilla de la página siguiente. Al incluir este número, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si más tarde determinamos que esta información es incorrecta, es posible que su inscripción se cancele.

CÓDIGO	CIRCUNSTANCIA DEL PERÍODO DE ELECCIÓN
01	Soy nuevo en Medicare.
02	Recientemente me mudé fuera del área de servicio para mi plan actual, o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. *PROPORCIONE LA FECHA DE LA MUDANZA*
03	Recientemente volví a los Estados Unidos (EE. UU.) después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. *PROPORCIONE LA FECHA DE REGRESO*
04	Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP, por sus siglas en inglés)
05	Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare), o recibo <i>Ayuda adicional</i> para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he realizado ningún cambio.
06	Recientemente tuve un cambio en mi <i>Ayuda adicional</i> para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recientemente obtuve <i>Ayuda adicional</i> , tuve un cambio en el nivel de <i>Ayuda adicional</i> o perdí la <i>Ayuda adicional</i>). *PROPORCIONE LA FECHA DEL CAMBIO*
07	Recientemente tuve un cambio en Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid). *PROPORCIONE LA FECHA DEL CAMBIO*
08	Me mudaré, vivo o recientemente me mudé de un centro de atención a largo plazo (p. ej., hogar para ancianos o centro de atención a largo plazo). *PROPORCIONE LA FECHA DE LA MUDANZA*
09	Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura de medicamentos con receta acreditable (es decir, cobertura tan buena como la de Medicare). *PROPORCIONE LA FECHA DE LA PÉRDIDA DE LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS*
10	Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. *PROPORCIONE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN*
11	Recientemente dejé un programa PACE. *PROPORCIONE LA FECHA DE FINALIZACIÓN*
12	Dejaré la cobertura ofrecida por un empleador o sindicato. *PROPORCIONE LA FECHA DE FINALIZACIÓN*
13	Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia proporcionado por mi estado.
14	Mi plan está terminando el contrato con Medicare o Medicare está por terminar su contrato con mi plan.
15	Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés), pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. *PROPORCIONE LA FECHA DE CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN*
16	Recientemente he sido liberado del encarcelamiento. *PROPORCIONE LA FECHA DE LIBERACIÓN*
17	Recientemente obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. *PROPORCIONE LA FECHA DE OBTENCIÓN DEL ESTADO*
18	Fui afectado por una emergencia climática o un desastre natural grave, según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés). Una de las otras declaraciones de aquí se aplicó a mi caso, pero no puede solicitar mi inscripción debido al desastre natural.
19	Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con el número gratuito de Servicios a los Miembros al 855-442-9940 (TTY: 711), para ver si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN SELECTHEALTH ADVANTAGE NEVADA HMO

Comuníquese con SelectHealth si necesita información en otro idioma o formato.

Código postal de residencia permanente: _____

Para inscribirse en SelectHealth Advantage (HMO), proporcione la siguiente información:

SelectHealth Advantage ESSENTIAL | Condado de Clark (PBP 009-000) \$0 /mes

Proporcione la información del seguro de Medicare:

Use la tarjeta de Medicare para completar esta sección.
Complete estos espacios en blanco de modo que coincidan con su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare)

Número de Medicare

- O -

Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta de Seguridad Social o de la Junta de jubilación para empleados ferroviarios.

Tiene derecho a

Fecha de entrada en vigencia

HOSPITAL (Parte A) _____ / 01 / _____

MÉDICOS (Parte B) _____ / 01 / _____

Nota: Usted debe tener las partes A y B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Fecha propuesta de entrada en vigencia de la cobertura _____ / 01/2019

CIRCUNSTANCIA DEL PERÍODO DE ELECCIÓN

Período de inscripción anual (15 de octubre al 7 de diciembre)

Período de inscripción especial | Circunstancia de SEP n.º _____ Fecha del evento (si corresponde) _____ / _____ / _____

Vea la página anterior para obtener una lista de las circunstancias de SEP.

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL SOLICITANTE

PRIMER Nombre	Inicial del SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
---------------	----------------------------	----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

Fecha de nacimiento	Sexo:	Número de teléfono de casa	Número de teléfono alternativo
_____/_____/_____ (DD / MM / AAAA)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	()	()

Proporcione su dirección de correo electrónico si desea recibir comunicaciones electrónicas. Revise los detalles en el reverso de esta página.

Dirección de correo electrónico _____

ACEPTO RECIBIR COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

SelectHealth desea brindarle la opción de comunicarse con nosotros en forma electrónica a través de una cuenta segura en *My Health*. Cada vez que SelectHealth publique una comunicación nueva en *My Health*, se le notificará por correo electrónico.

Al proporcionar su correo electrónico, usted da su consentimiento para la distribución electrónica de comunicaciones relacionadas con su cobertura y usted entiende que:

1. Para acceder a las comunicaciones distribuidas en forma electrónica, deberá establecer una cuenta en *My Health*.
2. No todas las comunicaciones para miembros están actualmente disponibles en forma electrónica, pero usted da su consentimiento para la recepción electrónica de los materiales disponibles y de otros materiales a medida que estén disponibles:
 - > Avisos de inscripción, incluidas las verificaciones de inscripción
 - > Acuses de recibo de reclamaciones
 - > Explicaciones de beneficios (notificaciones de reclamaciones procesadas)
 - > Solicitudes de información adicional relacionada con reclamaciones, avisos asociados con demoras en el procesamiento, y determinaciones sobre reclamaciones
 - > Divulgaciones requeridas por la ley, incluidos los avisos de derechos conforme a la Ley sobre los Derechos de la Mujer a la Salud y Lucha contra el Cáncer (Women's Health and Cancer Rights Act), las leyes estatales de protección del paciente y las leyes de privacidad
 - > Comunicaciones relacionadas con reclamaciones, quejas y apelaciones
 - > Avisos de cambios en los beneficios y modificaciones en las políticas
 - > Información sobre renovación (como el Aviso anual de cambios y Evidencia de cobertura)
 - > Cambios en su elegibilidad
 - > Avisos y declaraciones de facturación
 - > Directorios de proveedores y farmacias
 - > Formularios de medicamentos con receta
 - > Publicidad
 - > Boletines informativos para los inscritos
 - > Encuestas
3. Toda comunicación que SelectHealth no pueda enviar en forma electrónica se enviará en copia impresa.
4. Las comunicaciones distribuidas en forma electrónica pueden imprimirse a través de la cuenta de *My Health*, o bien, puede solicitar una copia impresa a través de *My Health* o comunicándose con Servicios a los Miembros.

Puede cambiar la dirección de correo electrónico que usa para recibir distribuciones electrónicas o retirar su consentimiento (volviendo a la distribución en formato impreso) en cualquier momento y sin ningún cargo, a través de *My Health* o Servicios a los Miembros. Puede tomar hasta tres días hábiles actualizar este cambio en *My Health*.

Dirección de la residencia permanente del solicitante (P.O. Box no está permitido):			
Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección postal del solicitante (solo si es diferente de la dirección de residencia permanente - P.O. Box se acepta):			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre de contacto en caso emergencia			
Relación con usted		Número de teléfono de contacto en caso de emergencia ()	

Revise estos detalles y díganos cómo le gustaría pagar la prima mensual del plan (si corresponde):

Puede pagar la prima mensual del plan (incluida cualquier sanción por inscripción tardía que tenga o pueda adeudar actualmente) por correo postal o transferencia de fondos electrónica (EFT, por sus siglas en inglés) todos los meses. También puede elegir pagar su prima mediante deducción automática a través de su cheque de beneficios de Seguridad Social de la Junta de jubilación para empleados ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés). Si se le aplica un *monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la parte D (D-IRMAA, por sus siglas en inglés)*, usted será notificado por la Administración de Seguridad Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de la prima de su plan. El monto se le deducirá de su cheque de beneficios de Seguridad Social o de la Junta de jubilación para empleados ferroviarios (RRB), o será facturado directamente por Medicare o la RRB. NO pague el IRMAA de la Parte D a SelectHealth.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener *Ayuda adicional* para pagar sus gastos de medicamentos con receta. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75 %, o más, de sus costos de medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califiquen no estarán sujetos al intervalo en la cobertura ni a sanciones por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y no lo saben. Para obtener más información sobre esta *Ayuda adicional*, póngase en contacto con la oficina local de Seguridad Social o llame a Seguridad Social al **800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al 800-325-0778. También puede solicitar la ayuda adicional en línea, en [socialsecurity.gov/prescriptionhelp](https://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si califica para obtener *Ayuda adicional* con sus costos de cobertura de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará toda o una parte de la prima del plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, nosotros le facturaremos el monto que Medicare no cubre.

Seleccione una opción de pago de la prima (Si no selecciona una opción de pago, recibirá un resumen de facturación mensual):

- Resumen de facturación mensual
- Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria cada mes (en el décimo día del mes o próximo a este).
Incluya un cheque ANULADO o proporcionar lo siguiente:
- Nombre de titular de la cuenta _____
- Número de ruta del banco _____ Nombre del banco _____
- Número de cuenta bancaria _____
- Tipo de cuenta: Cuenta corriente Cuenta de ahorros
- Deducción automática de su cheque de beneficios mensual de Seguridad Social o Junta de jubilación para empleados ferroviarios (RRB) (indique cuál).

Nota: La deducción de Seguridad Social o de la RRB puede tomar dos o más meses después de que Seguridad Social o la RRB aprueba la deducción. En la mayoría de los casos, si Seguridad Social o la RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios de Seguridad Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas a partir de su fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento en que empiece la deducción. Si Seguridad Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales.

Lea y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Tiene o alguna vez tuvo una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)? Sí No
Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso o ya no necesita diálisis periódicamente, adjunte una nota o registros de su médico que indiquen que ha tenido un trasplante de riñón exitoso o que no necesita diálisis. De lo contrario, es posible que necesitemos comunicarnos con usted para obtener información adicional.
2. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No
3. ¿Está inscrito en el programa estatal de Medicaid? Sí No
Si la respuesta es sí, proporcione su número de Medicaid _____
4. Algunas personas pueden tener otra cobertura médica o de medicamentos con receta (Rx), incluyendo otros seguros privados, TRICARE, programa de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de Asuntos de Veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica.
Una vez inscrito, tendré otra cobertura médica o de recetas además de SelectHealth Advantage (marque una opción):
 Médica Rx Ambas Ninguna
Si marcó Médica, Receta o Ambas, indique su otra cobertura y su número de identificación (ID) para esta cobertura:
Nombre de la otra cobertura _____ N.º de ID para esta cobertura _____ N.º de ID de la compañía aseguradora o grupo _____
5. ¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como un hogar para ancianos? Sí No
Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información acerca de la institución:
Nombre _____
Dirección _____
Número de teléfono _____
6. Escriba el nombre de su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) (selección **obligatoria** y **debe ser un PCP dentro de la red**)
Nombre del PCP _____
(vea la lista de proveedores en el kit de inscripción)

Si prefiere que le enviemos información en un idioma diferente del inglés (p. ej., español) o en otro formato (p. ej., letra grande), comuníquese con Servicios a los Miembros al 855-442 9940 (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al 800-346-4128 o al 711.

ALTO - Lea esta información importante y firme a continuación:



Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, inscribirse en SelectHealth Advantage podría afectar los beneficios de salud que le brinde su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en SelectHealth Advantage.

Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envíe. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que figura en sus comunicaciones. Si no hay ninguna información de contacto, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarle.

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

SelectHealth es un patrocinador de un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en SelectHealth Advantage depende de la renovación del contrato. Deberé conservar las Partes A y B de Medicare. Puedo estar en un solo plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud de Medicare o plan de medicamentos con receta. Es mi responsabilidad informar a SelectHealth sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o pueda obtener en el futuro. Mi inscripción en este plan generalmente sirve para todo el año. Una vez que me inscribo, puedo dejar este plan o realizar cambios solo en momentos determinados del año cuando existe un período de inscripción (ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o bajo ciertas circunstancias especiales.

SelectHealth Advantage brinda servicio en un área de servicios específica. Si me mudo fuera del área de servicios de SelectHealth Advantage, debo notificar al plan para que den de baja a mi inscripción y yo pueda encontrar un nuevo plan en mi área nueva. Una vez que soy miembro de SelectHealth Advantage, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre el pago o los servicios si no estoy de acuerdo. Leeré la Evidencia de cobertura de SelectHealth Advantage cuando la consiga para saber qué reglas debo seguir para obtener cobertura de este plan de Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare, por lo general, no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, salvo la cobertura limitada que se ofrece cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de SelectHealth Advantage, debo obtener toda mi atención médica de proveedores que puedan facturarle a SelectHealth Advantage, excepto los servicios de emergencias o urgencia, o los servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios autorizados por SelectHealth Advantage y otros servicios incluidos en el documento de Evidencia de cobertura de SelectHealth Advantage (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscriptor).

Nombre y apellido del inscrito _____

NI MEDICARE NI SELECTHEALTH ADVANTAGE PAGARÁ POR LOS SERVICIOS, sin autorización.

Entiendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por SelectHealth, él o ella puede recibir el pago según mi inscripción en SelectHealth Advantage.

Divulgación de información: Al unirme a este plan de salud de Medicare, reconozco que SelectHealth divulgará mi información a Medicare y otros planes, según sea necesario para las operaciones de tratamiento, pagos y atención médica. También reconozco que SelectHealth Advantage divulgará mi información, incluyendo mis datos de eventos de medicamentos con receta, a Medicare, que puede divulgarla para fines de investigación y otros fines que sigan todas las leyes y reglamentaciones federales correspondientes. La información que se incluye en este formulario de inscripción es, a mi leal saber y entender, correcta. Entiendo que si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, mi inscripción en el plan se dará de baja.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre conforme a las leyes del estado donde vivo) en esta aplicación significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un individuo autorizado (como se describió anteriormente), esta firma certifica que (1) esta persona está autorizada bajo la ley estatal para completar esta inscripción y (2) la documentación de esta autoridad está disponible a petición de Medicare

Inscríbese en los Beneficios complementarios opcionales (coloque las iniciales en la sección correspondiente a continuación)

- Delta Dental® Beneficio integral: limite de cobertura anual del plan **\$22/mes**
- No deseo agregar cobertura de atención dental complementaria

Firma	Fecha de hoy
	_____/_____/_____

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

Nombre _____

Dirección _____

Número de teléfono (_____) _____-_____

Relación con el inscrito _____

SOLO PARA EL USO DE SELECTHEALTH Y EL AGENTE AUTORIZADO

Nombre del agente/corredor (si ayudó en la inscripción) _____

N.º de ID del agente o corredor _____

Fecha de recepción por parte del agente/corredor ____/____/____ ¿Se adjunta Formulario SOA? Sí No

ESTA SECCIÓN ES OBLIGATORIA (Consulte los códigos en el reverso de la primera página)

Marque una opción: AEP ICEP/IEP SEP **N.º de circunstancia del Período de elección especial** _____

Fecha del evento (si corresponde) ____/____/_____

