

Pago de la prima de su plan

Si determinamos que usted debe pagar una multa por inscripción tardía (o si actualmente debe una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo le gustaría pagarla. Puede pagar por correo cada mes o por trimestre. También puede pagar la prima mediante deducciones automáticas de su cheque de beneficios de Seguridad Social o los Junta de Retiro del ferrocarril (RRB) cada mes. Si se determina que se le debe cobrar una cantidad mensual Parte D relacionada con su ingreso, la oficina de Seguridad Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar esta cantidad además de la prima de su plan. La cantidad se le restará de su cheque de beneficios de Seguridad Social o recibirá una cuenta de Medicare o RRB. NO le pague la cantidad de IRMAA Parte D a Liberty Health Advantage.

Las personas con bajos ingresos podrían recibir ayuda adicional para pagar el costo de sus medicamentos recetados. Si cumplen con los requisitos, Medicare podría pagar el 75% o más del costo de sus medicamentos incluyendo las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, las personas que cumplan con los requisitos no tendrán interrupción en su cobertura y no se les aplicará la multa por inscripción tardía. Muchas personas tienen derecho a estos ahorros pero no lo saben. Para obtener más información acerca de esta ayuda adicional, póngase en contacto con su oficina de Seguridad Social o llame al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar ayuda adicional en Internet en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Por Favor, lea y conteste estas preguntas importantes:

1. ¿Tiene la Enfermedad Renal en la Etapa Terminal (ESRD por sus siglas en inglés)? S No

Si le han hecho un trasplante de riñón con éxito y/o ya no necesita diálisis regularmente, por favor adjunte una nota o los récords de su médico que muestren que ha tenido un trasplante exitoso de riñón o que no necesita diálisis, de otra manera es probable que tengamos que ponernos en contacto con usted para obtener más información.

2. Algunas personas pudieran tener otra cobertura de medicinas, incluyendo el seguro particular, TRICARE, cobertura de beneficios para los empleados federales, beneficios de VA (Administración de Veteranos), o programas estatales de ayuda de farmacia.

¿Tendrá otra cobertura de medicina **recetada** en adición a la de Liberty Health Advantage? Si No

Si contesta que "Sí", enumere, por favor, la cobertura adicional el (los) número(s) de identificación para la misma:

Nombre de la Otra Cobertura: # de identificación para la misma: # de Grupo de la Cobertura:

3. ¿Es residente en una instalación de cuidado de largo plazo, por ejemplo, un asilo de ancianos? Si No

Si contesta que "Sí", dé la siguiente información:

Nombre de la Instalación:

Dirección y Teléfono de la Instalación (número y calle):

4. ¿Está inscrito en un programa de Medicaid estatal? Si No

Si contesta que "Sí", sea tan amable de proporcionar su número de Medicaid: _____

5. ¿Trabaja UD. O trabaja su cónyuge? Si No

(campo opcional) Escoja, por favor, el nombre de un Médico Primario (PCP, por sus siglas en inglés):

Nombre Completo: _____

Número de Médico: _____ **Teléfono de Médico** _____

Dirección: _____

Por favor, marque una de las casillas si prefiere que le mandemos información en otro idioma aparte del inglés o en otro format:

Braille _____ Español _____ Letra Grande _____

Por favor póngase en contacto con Liberty Health Advantage llamando al 1.866.542.4269 si necesita información en un formato o idioma diferente de los que se incluyeron arriba. Nuestro horario de oficina es domingo a sábado de las 8AM a las 8PM. Después del 15 de febrero del 2012, el Servicio a Miembros operará con tecnología alternativa. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.662.1220.



Por Favor, Lea Esta Información Importante

Si actualmente tiene cobertura de salud de su empleo o de un sindicato, inscribirse en Liberty Health Advantage podría afectar los beneficios que recibe de su empleo o del sindicato. Si se inscribe en un HMO de Liberty Health Advantage podría perder la cobertura de su empleo o del sindicato. Lea la información que le envían de su empleo o del sindicato. Si tiene preguntas, vaya a su página Web o comuníquese con la oficina que incluyen en la información que le mandan. Si no hay información acerca de con quién debe ponerse en contacto, el administrador de sus beneficios o el departamento que responde las preguntas acerca de cobertura lo pueden ayudar.

Por favor, Lea y Firme Abajo:

Al completar esta solicitud de inscripción, me pongo de acuerdo con lo siguiente:

Liberty Health Advantage es un plan de Medicare Advantage que tiene un contrato con el gobierno federal. Necesito mantener las Partes A y B de Medicare. Sólo puedo estar en un plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan automáticamente cancela mi inscripción en cualquier otro plan de salud Medicare o en cualquier plan de medicina recetada. Tengo la responsabilidad de avisarles de cualquier cobertura de medicina recetada que tenga o que obtenga en el futuro. Por lo general, la inscripción en el plan es por el año entero. Una vez inscrito, podré salir del plan o hacer cambios solo en ciertas épocas del año cuando esté disponible un período de inscripción. (Por Ejemplo: el 15 de octubre – 7 de diciembre, cada año), o si existen ciertas circunstancias especiales.

Liberty Health Advantage cubre una área específica. Si me cambio del área que cubre Liberty Health Advantage, necesito avisar al plan a fin de cancelar mi inscripción y hallar otro plan nuevo en mi nueva área. Una vez que me integre a Liberty Health Advantage, tengo el derecho de apelar las decisiones tomadas sobre los pagos o servicios si no estoy conforme. Leeré la Prueba de Cobertura de Liberty Health Advantage cuando la reciba para enterarme de las reglas que debo seguir para recibir cobertura de este plan de Medicare Advantage. Entiendo que la gente bajo Medicare normalmente no está cubierta por Medicare al estar fuera del país a excepción de la cobertura limitada cerca de la frontera estadounidense.

Entiendo que comenzando la fecha que empieza la cobertura de Liberty Health Advantage, tendré que recibir todo mi cuidado de salud de Liberty Health Advantage, a excepción de servicios de emergencia, servicios urgentes o servicios de diálisis fuera del área. Serán cubiertos los servicios autorizados por Liberty Health Advantage y otros servicios que salen en la Prueba de Cobertura de Liberty Health Advantage (también conocida por el contrato de membresía o acuerdo de suscriptor. Sin autorización, **NI MEDICARE NI LIBERTY HEALTH ADVANTAGE PAGARÁ LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si recibo ayuda de un agente de ventas, corredor u otra persona trabajando para Liberty Health Advantage, o contratado por Liberty Health Advantage, dicha persona podría ser pagada a base de mi inscripción en Liberty Health Advantage.

Divulgación de Información: Al inscribirme a este plan de salud de Medicare, acepto que Liberty Health Advantage HMO compartirá mi información con Medicare y con otros planes según sea necesario para tratamientos, pagos y para cualquier transacción relacionada con el cuidado de la salud. También reconozco que Liberty Health Advantage divulgará mi información, la cual incluye los datos sobre reclamaciones de medicina recetada, a Medicare, que a su vez pudiera divulgarla para la investigación científica u otros fines que cumplen con todo reglamento y la ley federal correspondiente. A mi mejor saber, la información en el presente formulario de inscripción es correcta. Entiendo que dado el caso que intencionalmente dé información falsificada en dicho formulario, se me cancelará la inscripción en el plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar de parte mía a tenor de la ley del estado donde vivo) en la solicitud significa que he leído y entendido el contenido de la solicitud. Si una persona autorizada (según lo antedicho) firma, dicha firma certifica que: 1) la persona queda facultada por la ley estatal para completar la inscripción, y 2) a petición de Liberty Health Advantage o Medicare, está disponible la documentación demostrando dicha autoridad.

Una vez que la solicitud llegue a la casa matriz de Liberty Health Advantage, me llamará un representante para verificar la solicitud. La información verificada incluirá mi nombre, fecha de nacimiento, dirección y otros datos personales con respecto a la elegibilidad.

Tiene un representante autorizado, por favor, indique que tipo de representante:

Poder de Abogado (POA) _____ **Conservator** _____ **Guardian** _____

Su Firma:

La Fecha de Hoy:

Si UD es el representante autorizado, tiene que firmar arriba y proporcionar los siguientes datos:

Nombre : _____ **Número Telefónico:** (____) _____ - _____

Dirección: _____

Relación con la Persona Inscrita _____

Para el Uso de la Oficina, Únicamente:

Office Use Only:

Name of staff member /agent /broker (if assisted in enrollment): _____

Plan ID #: PC 001 _____ DP 003 _____ Effective Date of Coverage: _____

Enrollment Type: LHA Agent _____ Broker _____ Online _____ DM _____ Medicare .Gov _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (type): _____ Not Eligible: _____

- Copy of Medicare Card
 Copy of Medicaid Card
 Copy of EPIC Card
 Copy of LIS Documentation
 Copy of Signed EPIC application
 Letter from Beneficiary
 Other: _____

Telephonic Enrollment Data **Date** _____ **Time** _____ **Verification Agent** _____

Application Tracking Number

Liberty Health Advantage HMO

En situaciones normales, usted sólo se puede inscribir a un plan Medicare Advantage durante el periodo anual de inscripción, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay algunas excepciones que podrían permitir que se inscribiera a un plan Medicare Advantage fuera de este periodo.

Por favor lea cada enunciado con cuidado y ponga una marca en la casilla si la información aplica a su caso. Al marcar alguna de estas casillas, usted certifica que, según su entender, usted cumple con los requisitos para un periodo de inscripción. Si después determinamos que esta información es incorrecta, podríamos cancelar su inscripción.

- No conozco bien Medicare.
- Me acabo de mudar a un lugar que está fuera del área de servicio de mi plan actual o me acabo de mudar y este plan es una nueva opción. La fecha de mudanza es (escriba la fecha) _____
- Acabo de regresar a los Estados Unidos después de haber vivido de manera permanente fuera de los Estados Unidos. Regresé a los Estados Unidos el (escriba la fecha) _____
- Tengo tanto Medicare como Medicaid o mi estado ayuda a cubrir las primas de Medicare.
- Recibo ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Ya no cumpla con los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados de Medicare. Dejé de recibir ayuda adicional el (escriba la fecha) _____
- Me voy a mudar, vivo en, o me acabo de mudar fuera de una institución de cuidados de largo plazo (por ejemplo, un asilo o una institución de cuidados a largo plazo). Me mudé/voy a mudar a/fuera de una institución el (escriba la fecha) _____
- Acabo de dejar un programa PACE (programa de cuidado “todo incluido” para ancianos) el (escriba la fecha) _____
- Acabo de perder, de manera involuntaria, mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura como la de Medicare). Perdí la cobertura el (escriba la fecha) _____
- Voy a abandonar la cobertura de empleo o del sindicato el (escriba la fecha) _____.
- Pertenezco a un plan farmacéutico de asistencia proporcionado por mi estado.
- Mi plan va a cancelar su contrato con Medicare, o Medicare va a cancelar su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan para pacientes con necesidades especiales (SNP por sus siglas en inglés) pero ya no cumpla con los requisitos de paciente con necesidades especiales para ese plan. Me cancelaron la inscripción de SNP el (escriba la fecha) _____.

Si ninguno de los enunciados contiene información que aplique a su caso o si no está seguro, por favor póngase en contacto con Liberty Health Advantage llamando al 1-866-542-4269 (usuarios de TTY) 1.800.662.1220 para comprobar si usted cumple con los requisitos. Lo atenderemos de domingo a sábado de las 8AM a las 8PM. Después del 14 de febrero del 2012, los horarios de atención a miembros en sábados y domingos se van a operar con tecnología alternativa.

