



PartnershipAdvantage (HMO SNP)

Para uso exclusivo de la oficina: Nombre del representante _____

Fecha de efectiva de la cobertura: ____ / ____ / ____

Fecha de recibo: ____ / ____ / ____

() ICEP/IEP () AEP () SEP () No Elegible

Por favor comuníquese con PartnershipAdvantage si necesita información en otro idioma o formato (Braille).

Para inscribirse en PartnershipAdvantage, llene EN LETRA DE MOLDE la siguiente información

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	
Dirección de residencia permanente <i>(No se aceptan. apartados postales):</i>	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal <i>(si es diferente a la indicada arriba)</i>	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono de casa	Número de teléfono alternativo	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Indique su número de reclamo del seguro médico de Medicare

Por favor tome su tarjeta de Medicare para completar esta información

- Por favor, llene los espacios en blanco para que coincidan con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare
- O-
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o del Retiro del Ferrocarril.

Usted debe tener Medicare Parte A y Parte B para inscribirse en un plan Medicare Advantage

Name: _____	Sex _____
Medicare Claim Number _____	Effective Date _____
Is Entitled To	
HOSPITAL (Part A) _____	
MEDICAL (Part B) _____	

¿Desea que le enviemos información en otro idioma o formato?

- Otro idioma: Español Otro
- Otro formato: Letra grande Braille CD de audio Otro _____

Comuníquese con PartnershipAdvantage al 1 (866) 249-9933 si necesita información en otro formato o idioma diferente a los que se indican arriba. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1 (800) 735-2929 o llame 711.

¿Necesita servicios de intérprete cuando recibe atención médica? Sí No

Lea, responda las siguientes preguntas y firme más abajo

¿Tiene enfermedad renal en fase terminal (ESRD)? Sí No

Fecha del diagnóstico: ____/____/____ (DD/MM/AAAA)

Si su respuesta a esta pregunta es "sí" y ya no necesita recibir diálisis regularmente, o si se le efectuó un trasplante exitoso de riñón **adjunte una nota o los registros de su médico** en donde sea evidente que no necesita diálisis y que se le efectuó un trasplante exitoso de riñón.

Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, que incluye otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados Federales, beneficios de la Administración de Veteranos, o programas de asistencia farmacéutica del estado.

¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos recetados además de Partnership *Advantage* (HMO SNP)? Sí No

Si la respuesta es "sí" anote su otra cobertura y su número de identificación para esta cobertura: **(No anote su actual Parte D o plan Medicare Advantage). Partnership *Advantage* reemplazará su Parte D o su Medicare Advantage Plan actual.)**

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

¿Recibe actualmente beneficios de Medi-Cal por el Estado de California?

- Usted debe tener Medi-Cal de alcance completo sin costo compartido para inscribirse en Partnership *Advantage*.

Sí No Si la respuesta es "sí", proporcione su número de identificación que se encuentra en su tarjeta de identificación púrpura y blanco de PHC:

Numero de identificación: _____

Elija un médico de atención primaria (PCP) del Directorio de proveedores de Partnership *Advantage*.

Si no selecciona un PCP en la fecha de inscripción, se le puede asignar automáticamente a su proveedor actual de Medi-Cal PHC.

Nombre del PCP: _____

Número de identificación del PCP

(se encuentra en el Directorio de proveedores):: _____

¡ALTO! Lea esta información importante



Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, inscribirse en Partnership *Advantage* podría afectar sus beneficios de salud de parte del empleador o sindicato. Si se inscribe en Partnership *Advantage* podría perder su cobertura médica de parte de su empleador o sindicato. Lea las comunicaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio Web, o llame a la oficina que se indica en esas comunicaciones. Si no hay información sobre a quién contactar, el administrador de sus beneficios o la oficina que responde preguntas acerca de su cobertura puede ayudarle.

Al llenar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente: Partnership*Advantage* (HMO SNP) es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Tendré que mantener mis Partes A y B de Medicare y Medi-Cal de alcance completo sin costo compartido. Únicamente puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan automáticamente cancelará mi inscripción en otro plan de Medicare o plan de medicamentos con receta médica. Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura de medicamentos que tenga o que pueda obtener en el futuro. La inscripción en este plan es generalmente para todo el año. Una vez que me inscriba puedo dejar este plan o hacer cambios en ciertas épocas del año cuando esté disponible el periodo de inscripción (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o bajo ciertas circunstancias especiales. Si continúo calificando para Ayuda Adicional, puedo cambiar de plan en cualquier momento durante el año. Partnership*Advantage* atiende un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio de Partnership*Advantage* necesito notificar al plan para cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Al ser un miembro de Partnership*Advantage*, tengo el derecho de apelar las decisiones del plan sobre los pagos y servicios con los que no esté de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de Cobertura de Partnership*Advantage* cuando lo reciba para saber qué reglas debo seguir para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas con beneficiarios de Medicare usualmente no están cubiertas bajo Medicare mientras estén fuera del país excepto la cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU. Entiendo que desde la fecha de inicio de la cobertura de Partnership*Advantage* debo obtener toda mi atención de Partnership*Advantage*, excepto los servicios de emergencia, servicios de urgencia necesarios o servicios de diálisis fuera del área de servicio. Serán cubiertos los servicios autorizados por Partnership*Advantage* y otros servicios contenidos en mi documento de Evidencia de Cobertura de Partnership*Advantage* (también conocido como el contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI PARTNERSHIPADVANTAGE PAGARÁN LOS SERVICIOS.** Entiendo que si recibo ayuda de un agente vendedor, corredor u otro individuo empleado por o contratado por Partnership*Advantage*, él/ella podría ser compensado en función de mi inscripción en Partnership*Advantage*.

Divulgación de Información: Divulgación de Información: al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que Partnership*Advantage* divulgará mi información a Medicare y a otros planes según se necesario para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También reconozco que Partnership*Advantage* divulgará mi información a Medicare, incluyendo los datos de utilización de medicamentos con receta, y Medicare puede divulgarla para propósitos de investigación y otros propósitos, los que se rigen por los estatutos y normas Federales. La información que contiene este formulario de inscripción es correcta y a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción del plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según la ley del Estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si es firmada por una persona autorizada (según 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 autoridad está disponible a petición de Medicare.

Por Favor lea este Documento Antes de Firmar la solicitud a continuación

Su Firma: _____ Fecha de hoy: _____

Si usted es el “Representante Autorizado,” deberá proporcionar la siguiente información.

Nombre: _____ Relacion con el beneficiario : _____

Domicilio: _____ Numero de Telefono: (_____) _____ - _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____