

Se ruega que se comunique con Leon Medical Centers Health Plans, si necesita información en otro idioma o modalidad (por ejemplo, en Braille).

Favor de dar la información solicitada a continuación para inscribirse en Leon Cares

APELLIDO: PRIMER nombre: Letra inicial del segundo nombre:		<input type="checkbox"/> Sr.	<input type="checkbox"/> Sra.	<input type="checkbox"/> Srta.
--	--	------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

Fecha de nacimiento: (/ /) (Mes / Día / AÑO)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número telefónico de la casa: ()	Otro número telefónico (opcional): ()
--	---	--------------------------------------	---

Dirección física de su domicilio permanente (No se permiten apartados postales)

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Dirección postal (únicamente si es distinta a la de su domicilio permanente):

Código postal:

En emergencias, comuníquese con: _____

Número telefónico: _____ **Relación o parentesco con usted:** _____

Dirección de correo electrónico (Opcional): _____

Favor de suministrar la información sobre su seguro con Medicare


Se ruega que saque su tarjeta de Medicare para rellenar esta sección.

- Favor de rellenar estos espacios en blanco para que coincidan con lo que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

- O -

- Adjunte copia de su tarjeta de Medicare o de su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria.

Es imprescindible que tenga la Parte A y la Parte B de Medicare para acogerse al plan Medicare Advantage.

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

Pago de la prima de su plan

Si determinamos que usted debe una multa por inscripción atrasada o si actualmente tiene una multa por inscripción atrasada, es imprescindible que averigüemos la forma en que usted prefiere pagarla. Puede pagarla por correo todos los meses. También puede decidir pagar su prima por medio de que se le rebaje automáticamente de su cheque mensual de pago del Seguro Social o Junta de Jubilación Ferroviaria (conocida en inglés por las siglas "RRB"). Si se le carga una suma mensual ajustada según la Parte D por sus ingresos, se lo avisará la Administración del Seguro Social. Usted se hará responsable de pagar esta suma adicional además de la prima de su plan. Se le retendrá la suma del monto del cheque de pago del Seguro Social o recibirá la factura directamente de Medicare o de la RRB.

NO LE PAGUE A Leon Medical Centers Health Plans la suma mensual ajustada según la Parte D por sus ingresos.

Los que tienen ingresos limitados podrían reunir los requisitos necesarios de la ayuda adicional para pagar los gastos de sus medicinas por receta. Si se llegan a reunir dichos requisitos, Medicare podría pagar el 75% o más de los gastos de las medicinas, inclusive las primas mensuales de las medicinas por receta, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, los que reúnen los requisitos no estarán expuestos ni a la brecha de la cobertura ni a la multa por inscripción atrasada. Muchos reúnen los requisitos para ahorrarse este dinero y ni siquiera lo saben. Consiga más información sobre esta ayuda adicional comunicándose con la sucursal local del Seguro Social o llame al Seguro Social, al 1-800-772-1213. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar la ayuda adicional por internet en la dirección www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si reúne los requisitos de la ayuda adicional para pagar los gastos de sus medicinas por receta de Medicare, Medicare pagará bien toda la prima de su plan o parte de ella. Si Medicare paga sólo una parte de la prima, le pasaremos la cuenta de la cantidad que no cubre Medicare. Si no selecciona ninguna opción de pago, recibirá la cuenta todos los meses.

Favor de seleccionar una de las opciones de pago:

- Recibir la cuenta todos los meses.
- Rebajarla automáticamente del cheque mensual del pago del Seguro Social o Junta de Jubilación Ferroviaria (conocida en inglés por las siglas “RRB”). (La rebaja del cheque del Seguro Social/RRB puede tardarse dos o tres meses después que el Seguro Social o la RRB apruebe el descuento. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de descuento automático, en la primera rebaja que se le hace de su cheque de pago del Seguro Social o la RRB se incluyen todas las primas vencidas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta el momento en que empieza la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de descuento automático, le mandaremos la cuenta de sus primas mensuales en una hoja de papel).

Se ruega que lea estas preguntas importantes y dé las respuestas a ellas

1. ¿Tiene usted insuficiencia renal terminal (conocida por “ESRD” en inglés)? Sí No

Si se le hizo un trasplante de riñón y quedó bien y/o ya no le hace falta recibir diálisis habitualmente, **se ruega que adjunte una nota o documentos** de su médico en que conste que se le hizo el trasplante de riñón y quedó bien o que no le hace falta diálisis; de lo contrario, puede que tengamos que comunicarnos con usted para obtener más información.

2. Puede que ciertas personas tengan otros seguros con cobertura de medicinas, inclusive otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de la Administración de Veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tiene usted otro seguro con cobertura de medicinas por receta además de Leon Cares? Sí No

En el caso de haber respondido “Sí”, se ruega que señale las demás coberturas que tiene y lo(s) número(s) de identificación (ID) que corresponde(n) a esta(s) cobertura(s):

Nombre de la otra cobertura: Núm. de ID de esta cobertura: Núm. de grupo de esta cobertura:

3. ¿Vive usted en un centro de cuidados a largo plazo, como un asilo de ancianos? Sí No

En el caso de haber respondido “Sí”, se ruega que suministre la información solicitada a

continuación: Nombre de la institución: _____

Dirección y número telefónico de la institución (número y calle): _____

4. ¿Está usted inscrito en el programa de Medicaid de su estado? Sí No

En el caso de haber respondido “Sí”, señale su número de Medicaid:

5. ¿Trabaja usted o su esposo(a)? Sí No

Favor de escoger el nombre de un médico de atención primaria (“PCP” en inglés), clínica o centro de atención médica:

Se ruega que marque uno de los espacios que aparecen a continuación si prefiere que le mandemos información en un idioma que no sea el inglés o en otra modalidad: Español Otra modalidad

Tenga la amabilidad de comunicarse con Leon Cares al 305-559-5366 (línea de larga distancia gratuita: 866-393-5366), si le hace falta información en otra modalidad o idioma que no sea lo señalado anteriormente. Nuestro horario de atención al público es de 8 de la mañana a 8 de la noche, todos los días de la semana. Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711.



Favor de leer la información importante que aparece seguidamente

Si tiene en estos momentos seguro médico por medio del empleador o sindicato, al acogerse a Leon Medical Centers Health Plans se podrían afectar los beneficios que recibiría del seguro médico que tiene con el empleador o con el sindicato. Si se acoge a Leon Medical Centers Health Plans, podría perder el seguro del empleador o sindicato. Lea las comunicaciones que le manda el empleador o el sindicato. Si tiene alguna duda, visite el sitio de internet de dicho empleador o sindicato; de lo contrario, comuníquese con la oficina señalada en las comunicaciones de dicho empleador o sindicato. Si no hay ninguna información sobre con quién debe comunicarse, el administrador de beneficios o la oficina que responde a las preguntas sobre su seguro podrían ayudarlo.

Tenga la amabilidad de leer lo siguiente y firmar más abajo

Estoy de acuerdo con lo siguiente al rellenar la solicitud de inscripción:

Leon Cares es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Es imprescindible que siga acogido a las Partes A y B de mi Medicare. Puedo participar solamente en un plan Medicare Advantage y comprendo que al inscribirme en este plan, se dará por terminada automáticamente mi inscripción en otro plan de seguro médico o plan de medicinas por receta de Medicare. Soy responsable de informarles de la cobertura de medicinas por receta que tengo en estos momentos o que podría conseguir en el futuro. La inscripción en este plan suele durar todo el año. Una vez que me inscriba, podré retirarme de este plan o hacer cambios únicamente en ciertas épocas del año, cuando se ofrece el período de inscripción (Por ejemplo, del 15 de octubre al 7 de diciembre todos los años) o en ciertas circunstancias especiales.

Leon Cares atiende cierta área de servicios. Si me mudo del área que atiende Leon Cares, tengo que avisárselo al Plan para poder darme de baja y encontrar un plan nuevo en mi área nueva. Una vez que sea afiliado de Leon Cares, tengo el derecho de apelar de las decisiones que tome el Plan sobre los pagos o servicios, si no estoy de acuerdo con ellas. Leeré el documento de Leon Cares llamado “Evidencia de Cobertura” cuando lo reciba para averiguar cuáles son las reglas que tengo que seguir a fin de obtener la cobertura de este plan Medicare Advantage. Comprendo que Medicare no suele cubrir a los afiliados a Medicare cuando no están en el País, a excepción de cobertura limitada cerca de la frontera con Estados Unidos.

Comprendo que a partir de la fecha en que entre en vigor la cobertura de Leon Cares, tendré que recibir toda mi atención médica de Leon Cares, a excepción de la atención de emergencia, servicios necesitados urgentemente o servicios de diálisis prestados fuera del área. Se cubrirán los servicios que autoriza Leon Cares y los demás servicios que aparecen en el documento llamado Evidencia de Cobertura de Leon Cares (lo que también se conoce por el nombre de “contrato con el afiliado” o “convenio con el abonado”). Sin la autorización, **NI MEDICARE NI LEON CARES PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Comprendo que si me atiende un representante comercial, corredor u otra persona que es empleada de Leon Cares o que tiene un contrato con Leon Cares, a él o a ella se le podría pagar con base en mi inscripción en Leon Cares.

Divulgación de información. Al acogerme a este plan de seguro médico de Medicare, confirmo que Leon Cares le divulgará mi información a Medicare y a los demás planes necesarios para fines de tratamiento, pagos y actividades propias de la atención médica. Confirmando también que Leon Cares divulgará mi información – inclusive mis datos sobre las oportunidades en que se me han despachado medicinas por receta- a Medicare, que podrá divulgarlos para fines de investigación y de otra índole respecto a lo cual se cumplirá con todas las leyes y reglas federales. A mi buen y leal saber, la información que aparece en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que se me dará de baja del Plan si doy intencionalmente información falsa en este formulario.

Comprendo que al estamparse mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en nombre mío conforme a las leyes del estado en que vivo) en esta solicitud, ello significa que he leído el contenido de esta solicitud. Si la firma la persona autorizada (descrita anteriormente), dicha firma certifica 1) que dicha persona está autorizada conforme a las leyes del Estado a realizar esta inscripción y 2) que los documentos correspondientes a dicha autorización estarán a la disposición de Leon Cares o Medicare cuando éstas los soliciten.

Doy mi consentimiento para recibir llamadas de Leon Medical Centers Health Plans relacionados con mi salud y otros servicios relacionados con la atención de la salud a los números de teléfono indicados anteriormente, incluyendo mi número inalámbrico. Comprendo que mi proveedor de servicios inalámbrico me puede cobrar por estos tipos de llamadas y estoy de acuerdo en recibir estas llamadas independientemente de los cargos que potencialmente pueden incurrir.

Firma	Fecha del día
--------------	----------------------

Si usted es el representante autorizado, tiene que firmar en el espacio en blanco que aparece más arriba y rellenar los espacios en blanco que están a continuación con la información correspondiente:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número telefónico: (_____) _____ - _____

Relación o parentesco con la persona inscrita: _____

Únicamente para el uso de Leon Cares:

Nombre del empleado(a), agente o intermediario (si ayudo en la inscripción): _____

_____ Núm. de identificación del Plan: H5410-001

Fecha en que entra en vigor la cobertura: _____ ICEP/IEP: _____ AEP: _____

SEP(type): _____ No apto: _____

Numero de identificación del Agente/Corredor: _____

Firma del Agente/Corredor: _____ Fecha: _____

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc., HealthSpring of Tennessee, Inc., HealthSpring of Alabama, Inc., HealthSpring of Florida, Inc., Bravo Health Mid-Atlantic, Inc., y Bravo Health Pennsylvania, Inc. HealthSpring of Florida, Inc. opera bajo el nombre supuesto de “Leon Medical Centers Health Plans” en el área de servicio Miami-Dade. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. “Leon Medical Centers” es una marca comercial registrada de Leon Medical Centers. Leon Medical Centers Health Plans es un plan HMO con contrato con Medicare. La inscripción en Leon Medical Centers Health Plans depende de la renovación de contrato.