

Cómo inscribirse

OMB No. 0938-1378 Expires 7/31/2023

Llámenos al 1-833-856-3723 (TTY: 711)	A través de su agente: Entregue el formulario completo.	Por fax: Atención: Departamento de Inscripciones Fax: 1-844-984-0393	Por correo a: Aetna Medicare PO Box 7083 London, KY 40742
--	---	--	--

¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas que tengan Medicare y quieran inscribirse en el plan Medicare Advantage Aetna Assure Premier Plus.

Para inscribirse en un plan, debe cumplir los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: para inscribirse en el plan Medicare Advantage Aetna Assure Premier Plus, usted también debe contar con lo siguiente:

- La Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y
- La Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo debo utilizar este formulario?

Puede inscribirse en un plan en ciertas circunstancias:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que comienza el 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En determinadas situaciones, cuando tiene permitido inscribirse en un plan o cambiarse de plan

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su tarjeta blanca, roja y azul del seguro Medicare.
- Su dirección permanente y número de teléfono.
- Su información de seguro de salud de cualquier otro seguro que tenga (incluido Medicaid).

QS22 

Esta página se dejó en blanco
intencionalmente.

Recordatorios

- No fotocopie un formulario para volver a utilizarlo.
- Escriba con letra de imprenta clara. **Complete todas las secciones.** No se olvide de firmar y fechar el formulario.
- Si se inscribe fuera del plazo del Período de inscripción anual (AEP), debe confirmar su período de inscripción (consulte la siguiente página).
- Haga una copia de la solicitud para su registro.
- Le recomendamos que confirme que su formulario fue recibido si lo envía por fax o por correo (p. ej., envíe un correo certificado).
- Si desea inscribirse en un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Si se inscribe fuera del plazo del Período de inscripción anual (AEP), debe confirmar su período de inscripción (consulte la siguiente página).

¿Cómo puedo conseguir ayuda para completar el formulario?

Llámenos al **1-833-856-3723 (TTY: 711)**. Estamos disponibles de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

In English: Call Aetna at **1-833-856-3723 (TTY: 711)** or Medicare toll-free at 1-800-633-4227 and press 2 to get assistance in English and a representative will be available to help you.

Gracias por elegir nuestro plan. Tendrá noticias nuestras en un período de 10 a 14 días.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-NEW. El tiempo requerido para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de información existentes, reunir la información necesaria, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios respecto de la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Todo lo que recibamos que no esté relacionado con formas de mejorar este formulario o su carga de recopilación (indicados en OMB 0938-1378) será destruido. No lo conservaremos, revisaremos ni enviaremos al plan. Consulte "Cómo inscribirse" en la parte delantera de esta página para enviar su formulario completo al plan.

Esta página se dejó en blanco
intencionalmente.

Normalmente, se puede inscribir en un plan de Medicare Advantage durante el Período de inscripción anual (AEP) desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que le pueden permitir inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea atentamente los siguientes enunciados y marque la casilla si el enunciado se aplica a usted. Al marcar uno de los casilleros, certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para participar en un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información no es correcta, se podrá cancelar su inscripción.

Nombre del posible miembro	Número de Medicare ____ - ____ - ____
<p>Motivos para la elegibilidad en el período de inscripción anual</p> <p><input type="checkbox"/> Me inscribo entre el 10/15/21 y el 12/7/21 durante el Período de inscripción anual actual.</p>	<p>Motivos para la elegibilidad en el período de inscripción inicial</p> <p><input type="checkbox"/> Soy un nuevo usuario de Medicare.</p> <p><input type="checkbox"/> Antes tenía Medicare, pero ahora cumpla 65 años.</p>
<p>Motivos para la elegibilidad en el Período de inscripción especial</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no hubo un cambio.</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).</p> <p><input type="checkbox"/> Recientemente me mudé fuera del área de servicio por mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el ____/____/____ (fecha).</p> <p><input type="checkbox"/> Hace poco fui liberado de prisión. Fui liberado el ____/____/____ (fecha).</p> <p><input type="checkbox"/> Volví recientemente a los Estados Unidos después de haber vivido de manera permanente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el ____/____/____ (fecha).</p> <p><input type="checkbox"/> Hace poco obtuve un estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el ____/____/____ (fecha).</p> <p><input type="checkbox"/> Hace poco hubo un cambio en mi plan de Medicaid (recién inscrito en Medicaid, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdió Medicaid) el ____/____/____ (fecha).</p> <p><input type="checkbox"/> Hace poco hubo un cambio en la Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recién inscrito en la Ayuda adicional, hubo un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdió la Ayuda adicional). Este cambio fue el ____/____/____ (fecha).</p> <p><input type="checkbox"/> Recientemente dejé un programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE) el ____/____/____ (fecha).</p>	<p><input type="checkbox"/> Me estoy por mudar a un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia), vivo allí o recientemente me mudé de allí. Me mudé/me mudaré al centro de atención o me fui/me iré de allí el ____/____/____ (fecha).</p> <p><input type="checkbox"/> Hace poco e involuntariamente, perdí mi cobertura para medicamentos con receta acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el ____/____/____ (fecha).</p> <p><input type="checkbox"/> Dejaré la cobertura o dejé la cobertura de mi empleador o sindicato el ____/____/____ (fecha).</p> <p><input type="checkbox"/> Soy parte de un programa de asistencia farmacológica brindado por mi estado.</p> <p><input type="checkbox"/> Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.</p> <p><input type="checkbox"/> Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) Ayuda adicional). Este cambio fue el ____/____/____ (fecha).</p> <p><input type="checkbox"/> Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP), pero he dejado de cumplir con los requisitos de necesidades especiales para estar en ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el ____/____/____ (fecha).</p> <p><input type="checkbox"/> Sufrí una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA] o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Uno de los otros enunciados de este documento se aplicaba a mi situación, pero no pude inscribirme a causa del desastre natural.</p>

Si ninguno de estos enunciados corresponde a su situación o si no está seguro, llámenos al 1-833-856-3723 (TTY: 711) para comprobar si es elegible para inscribirse. Estamos disponibles de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

QS22 [REDACTED]

Esta página se dejó en blanco
intencionalmente.

Formulario de solicitud de inscripción

Agent/Producer/Broker Use Only:

Agent/producer/broker name: _____
 NPN #: _____

Para inscribirse en el plan Aetna Assure Premier Plus, brinde la siguiente información

Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) (H6399-001) \$0.00 por mes

Fecha propuesta de entrada en vigencia de la cobertura: ___/___/___

Las fechas de entrada en vigencia se basan en el período de inscripción que esté usando para inscribirse y en las reglamentaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Aetna no puede garantizar que se cumpla la fecha de entrada en vigencia que ha solicitado.

Apellido **Primer nombre** **Inicial del segundo nombre**

Fecha de nacimiento ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ <small>MM DD AAAA</small>	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono de su hogar (___ ___) ___ ___ - ___ ___
---	--	--

Número de teléfono alternativo (opcional) (___ ___) ___ ___ - ___ ___	Dirección de correo electrónico (opcional)
---	---

Dirección de su residencia (no se permite un apartado postal)

Dpto./Suite/Unidad (especifique)

Ciudad	Condado	Estado	Código postal
---------------	----------------	---------------	----------------------

Dirección de correo (solo si es diferente de su dirección de residencia permanente)			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Elija un proveedor de atención primaria

Su plan requiere que usted elija un proveedor de atención primaria (PCP) dentro de la red. Si no elige un PCP, elegiremos uno por usted. Puede cambiar de PCP a otro PCP dentro de la red en cualquier momento y por cualquier motivo.

Asegúrese de escribir el **nombre completo, el nombre del grupo del proveedor/la dirección del consultorio y el Número de registro nacional del proveedor (NPI)** de su PCP a continuación. Visite nuestro Directorio de proveedores en línea en AetnaBetterHealth.com/new-jersey-hmosnp/find-provider o llame al **1-833-856-3723 (TTY: 711)** para encontrar un PCP dentro de la red y su NPI

Asegúrese de elegir un PCP dentro de la red y escriba su nombre a continuación	¿Es paciente en la actualidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

Escriba el nombre de grupo del proveedor primario/la dirección del consultorio

NPI (que se encuentra en el directorio de proveedores)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

QS22

Esta página se dejó en blanco
intencionalmente.

Brinde su información de seguro de Medicare

Número de Medicare _____ - _____ - _____

Tiene derecho a: Fecha de vigencia:

HOSPITAL (Parte A) ___ / ___ / _____

MÉDICO (Parte B) ___ / ___ / _____

Debe tener las Partes A y B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Lea y responda estas preguntas importantes

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>1. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además de Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP)? Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos que incluye otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica. Si la respuesta es "Sí", mencione su otra cobertura y sus números de identificación de esa cobertura:</p> <p>Nombre de otras coberturas: _____</p> <p>N.º de ID para esta cobertura: _____ N.º de grupo para esta cobertura: _____</p>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>2. ¿Es residente de algún centro de atención a largo plazo, por ejemplo, de un hogar de convalecencia?</p> <p>Si la respuesta es "Sí", complete la información a continuación:</p> <p>Nombre del centro: _____ Número de teléfono: (____) _____</p> <p>Dirección: _____</p>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>3. ¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su estado? Si la respuesta es "Sí", escriba su número de Medicaid: _____</p>

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación

Debo conservar tanto la atención hospitalaria (Parte A) como la atención médica (Parte B) para permanecer en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) compartirá mi información con Medicare, que podrá utilizarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad más abajo).

Su respuesta en este formulario es voluntaria. No obstante, la falta de respuestas podría afectar la inscripción en el plan. A mi leal saber y entender, la información de este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan. Comprendo que las personas que tienen Medicare generalmente no tienen cobertura de Medicare cuando están fuera del país, excepto por la cobertura limitada cerca de la frontera con los EE. UU.

Comprendo que, a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), debo recibir toda mi atención médica de los proveedores dentro de la red de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), a excepción de servicios de emergencia o de urgencia, o servicios de diálisis fuera del área. También debo usar farmacias dentro de la red, así como proveedores de equipo médico duradero (DME) dentro de la red. Los beneficios y servicios proporcionados por Aetna Assure Premier Plus (HMO-DSNP) y contenidos en el documento de "Evidencia de cobertura" (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) tendrán cobertura. Ni Medicare ni Aetna Assure Premier Plus (HMO-DSNP) pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos. Entiendo que seré inscrito en una cobertura de medicamentos con receta en virtud del plan, y que mi inscripción en cualquier otro plan de medicamentos con receta de Medicare o de cobertura acreditable en el que esté inscrito actualmente se cancelará automáticamente. También seré inscrito en la cobertura de Medicaid en virtud del plan, y se cancelará mi inscripción en cualquier otro plan Medicaid en el que esté actualmente inscrito.

No se necesitan remisiones en virtud del plan.

Continúa

QS22

Esta página se dejó en blanco
intencionalmente.

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente a actuar en mi nombre) en este documento significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. En caso de que un representante autorizado (según se describe arriba) firme la presente, dicha firma certifica que:

- 1) esta persona está autorizada de acuerdo con la ley estatal a completar esta inscripción.
- 2) la documentación de esta autoridad se encuentra disponible si Medicare la solicita.

Firma	Fecha de hoy __/__/____
--------------	-----------------------------------

Si es un representante autorizado, debe firmar más arriba y proveer la siguiente información.

Nombre	Dirección
Número de teléfono (____) ____ - _____	Relación con el inscrito

Indique el idioma que habla de preferencia (si no es inglés): Español Otro _____

Indique el idioma en el que escribe de preferencia (si no es inglés): Español Otro _____

Seleccione una casilla si desea que le enviemos la información en un formato accesible:

Braille Tamaño de letra grande CD de audio

Comuníquese con Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-833-856-3723 (TTY: 711)** si necesita información en un formato accesible que no sea alguno de los enumerados más arriba. El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad completamente integrado con un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Nueva Jersey. La inscripción en Aetna Assure Premier Plus depende de la renovación del contrato.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA) o de medicamentos con receta (PDP), mejorar la atención y pagar los beneficios de Medicare. La Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS podrían utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del sistema de registros (SORN) "Medicamento con receta de Medicare Advantage (MARx)", N.º de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. No obstante, la falta de respuestas podría afectar la inscripción en el plan.

QS22

Esta página se dejó en blanco
intencionalmente.



AGENT USE ONLY - Agent/producer/broker/employed sales representative



must complete this section

Applicant's name

If you are the agent/producer/broker/employed sales representative, you must provide the following information and submit it with the completed application.

Was the Scope of Appointment (SOA) completed? (The SOA must be agreed to by the Medicare beneficiary prior to any personal individual marketing appointment.) Yes No

If "No," why not? _____

Was the SOA captured electronically or by telephone? Yes No

If "Yes," please provide the confirmation/ID number: _____

Attach the SOA or indicate why it's not available: _____

Agent/producer/broker/employed sales representative information

Name of agent/producer/broker/sales rep: _____

Phone number: _____ National Producer Number (NPN): _____

NOTE: If the agent/producer/broker/employed sales representative takes receipt of this application, a signature and date are REQUIRED below. Your signature indicates you understand that this application must be submitted within two calendar days of this date.

Signature of agent/producer/broker/sales rep: _____

Date agent received the Individual Enrollment Request Form: _____

Agent/producer/broker/employed sales representative: Copy and keep this completed form for your records. The completed election period checklist on page 1 must be included with the form.

Fax or mail the completed form to:

Aetna Medicare

PO Box 7083

London, KY 40742

Fax: 1-844-984-0393

QS22

Esta página se dejó en blanco
intencionalmente.



Recepción de la inscripción en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)

Agente/corredor: Complete y entrégueselo al inscrito.

Guarde esto como prueba de su solicitud de inscripción hasta que Medicare haya confirmado su inscripción y usted reciba los materiales para los miembros. Este documento de recepción no es una garantía de inscripción.

Este documento es solo para sus registros. No se requiere ninguna otra acción.

Solicitante

Nombre

Fecha de hoy __/__/__	Fecha propuesta de entrada en vigencia __/__/__
--------------------------	--

Llame a su agente/corredor si tiene alguna pregunta:

Nombre del agente/corredor	
Número de teléfono del agente/corredor	Identificación del agente/corredor

Si le gustaría recibir una copia completa de su formulario de inscripción, llámenos al **800-562-6315 (TTY: 711)** de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Recuerde que puede demorar al menos tres días hábiles que procesemos su solicitud de inscripción.

Tendrá que proveer el número de seguimiento de su solicitud, ubicado al final de esta página.

Su solicitud de inscripción es para un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad completamente integrado (FIDE SNP). Este plan cubre todos sus beneficios de Medicare, NJ FamilyCare (Medicaid) y medicamentos con receta en un plan de salud, con una tarjeta de identificación de miembro.

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad completamente integrado con un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Nueva Jersey. La inscripción en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.

Número de seguimiento de la solicitud →

QS22 

