



**Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP)**  
**Instrucciones para completar el formulario de solicitud de inscripción individual para 2025**

**Cómo inscribirse**

OMB No. 0938-1378 Expira el 6/30/2026

<b>Llámenos al:</b> <b>1-833-874-8529</b> <b>(TTY: 711)</b>	<b>A través de su agente:</b> Entréguele el formulario completo.	<b>Por fax:</b> Attention: Enrollment Department Fax: <b>1-844-984-0393</b>	<b>Por correo a:</b> 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 número de Medicare (el número en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono
- Su información de seguro de salud de cualquier otro seguro que tenga (incluido Medicaid)

QS25 1 \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
MM / DD / HH

## Recordatorios

- No fotocopie un formulario para volver a utilizarlo.
- **Use letra imprenta y legible. Complete todas las secciones.** No se olvide de firmar y fechar el formulario.
- Haga una copia de la solicitud completa para sus registros.
- Le recomendamos que confirme que su formulario fue recibido si lo envía por fax o por correo (por ejemplo, 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 **1-833-874-8529 (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 al 31 de marzo y de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril al 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.

**En español:** Llame a Aetna al **1-833-874-8529 (TTY: 711)** o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

## Para personas sin hogar

- Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, se puede considerar su dirección de residencia permanente lo siguiente: un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social).

## 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 algún comentario 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 primera página para enviar su formulario completo al plan.

QS25 1 \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
MM / DD / HH



**Confirme su período de inscripción**

**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.

<b>Nombre del posible miembro</b>	<b>Número de Medicare</b> ____ - ____ - ____
-----------------------------------	---

**Motivos para la elegibilidad en el Período de inscripción anual**

Me inscribo entre el 10/15/24 y el 12/7/24 durante el Período de inscripción anual actual.

**Motivos para la elegibilidad en el Período de inscripción inicial**

- Es la primera vez que tengo Medicare.
- Es la primera vez que tengo Medicare y me informaron que tenía que recibir Medicare después de que empezara la cobertura de la Parte A o de la Parte B. Recibí la notificación el \_\_/\_\_/\_\_ (fecha).
- Antes tenía Medicare, pero ahora voy a cumplir 65 años.

**Motivos de elegibilidad del periodo de inscripción abierta**

**Entre el 1/1/25 y el 3/31/25:**

Tengo un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio.

**Entre el 4/1/25 y el 12/31/25:**

Tengo un plan Medicare Advantage y hace menos de 3 meses que tengo Medicare. Quiero hacer un cambio.

**Motivos para la elegibilidad del Período de inscripción especial (SEP).**

- Tengo Medicare y Medicaid, mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare o recibo ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Me mudé a una nueva dirección que está fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el \_\_/\_\_/\_\_ (fecha).
- Salí de la cárcel. Fui liberado el \_\_/\_\_/\_\_ (fecha).
- Volví a los Estados Unidos después de vivir fuera del país. Volví a los Estados Unidos el \_\_/\_\_/\_\_ (fecha).
- Hace poco obtuve un estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el \_\_/\_\_/\_\_ (fecha).
- 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 el Medicaid) el \_\_/\_\_/\_\_ (fecha).

*Continúa*

QS25 1 \_\_/\_\_/\_\_  
MM /DD /HH

Nombre del posible miembro	Número de Medicare ____ - ____ - ____
----------------------------	--

- Hace poco hubo un cambio en la ayuda adicional para pagar los costos de mis medicamentos (recién inscrito en la ayuda adicional, hubo un cambio en el nivel de ayuda adicional o perdió la ayuda adicional) el \_\_/\_\_/\_\_ (fecha).
- Me he dado de baja en un plan PACE (Programas de atención integral para las personas de edad avanzada) el \_\_/\_\_/\_\_ (fecha).
- Vivo en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia o un hospital de rehabilitación. Me fui del centro el \_\_/\_\_/\_\_ (fecha).
- Perdí otra cobertura de medicamentos que no es de Medicare (cobertura acreditable) o mi otra cobertura que no es de Medicare cambió y ya no se considera cobertura acreditable. Perdí mi cobertura de medicamentos el \_\_/\_\_/\_\_ (fecha).
- Dejé la cobertura de mi empresa o sindicato (incluida la cobertura COBRA) el \_\_/\_\_/\_\_ (fecha).
- Pertenezco a un Programa estatal de asistencia farmacéutica o estoy perdiendo la ayuda de un Programa estatal de asistencia farmacéutica.
- Perdí mi cobertura porque mi plan ya no cubre el área en donde vivo o finalizó el contrato con Medicare.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente. La inscripción en ese plan comenzó el \_\_/\_\_/\_\_ (fecha).
- Perdí mi Plan de necesidades especiales (SNP) porque ya no tengo la afección que requiere el plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el \_\_/\_\_/\_\_ (fecha).
- Sufrí una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Uno de los otros enunciados aplicaba a mi situación, pero no pude inscribirme a causa de un desastre natural.

**Si ninguno de estos enunciados se aplica a su situación, pero cree que tiene una circunstancia especial que le permite inscribirse, puede llamarnos al 1-833-874-8529 (TTY: 711).** Estamos disponibles 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. Podemos ayudarlo a determinar si califica para un Periodo de elección especial.

En caso contrario, anote abajo el motivo de su período de elección especial. Aetna puede ponerse en contacto con usted para determinar si es elegible.

Otro motivo de su SEP:

QS25 1 \_\_ / \_\_ / \_\_  
MM / DD / HH

# Formulario de solicitud de inscripción

## Solo para uso del agente/productor/corredor:

Nombre del agente/productor/corredor: \_\_\_\_\_  
Número nacional de productor (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 __/__/____ MM DD AAAA	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono (____) ____ - ____ ¿Es un número móvil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Dirección de correo electrónico (opcional)

Dirección de su residencia permanente (no se permite un apartado postal. Nota: Para personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse como la dirección de su residencia permanente):

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 (nombre y apellido), 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 [aetnamedicare.com/NJDSNP-find-provider](http://aetnamedicare.com/NJDSNP-find-provider) o llame al **1-833-874-8529 (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?  
 Sí  No

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

QS25 1 \_\_/\_\_/\_\_  
MM/DD/HH

**Brinde su información de seguro de Medicare**

Esta información está en su tarjeta roja, blanca y azul del seguro Medicare.  
Para inscribirse en un plan de Medicare Advantage debe tener las Partes A y B.

Número de Medicare:  
-----

**ATENCIÓN HOSPITALARIA (Parte A)**

Fecha de vigencia:  
\_\_/\_\_/\_\_\_\_

**ATENCIÓN MÉDICA (Parte B)**

\_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Lea y responda estas preguntas importantes**

Sí  No

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 su(s) número(s) de identificación de esa cobertura:  
Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_  
N.º de identificación de esa cobertura: \_\_\_\_\_  
N.º de grupo para esta cobertura: \_\_\_\_\_

Sí  No

2. **¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su estado?**  
Si la respuesta es "Sí", escriba su número de Medicaid: \_\_\_\_\_

**Cuéntenos un poco más sobre usted**

**Responder estas preguntas es su elección.**

**No pueden denegarle la cobertura por no responderlas.**

¿Es de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las que correspondan.

- No, no soy de origen hispano, latino o español.
- Sí, puertorriqueño
- Si, de otro origen hispano, latino o español
- Sí, mexicano/a, mexicano/a estadounidense, chicano/a
- Sí, cubano/a
- Elijo no responder.**

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las que correspondan.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio estadounidense o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Indio asiático                   | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Chino                                   | <input type="checkbox"/> Filipino                         | <input type="checkbox"/> Guamaniano o chamorro |
| <input type="checkbox"/> Japonés                                 | <input type="checkbox"/> Coreano                          | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái       |
| <input type="checkbox"/> Otra raza asiática                      | <input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico | <input type="checkbox"/> Samoano               |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita                              | <input type="checkbox"/> Blanco                           |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Elijo no responder.</b>              |   |  |

¿Cuál es su género? Seleccione uno.

<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> No binario	<input type="checkbox"/> <b>Elijo no responder.</b>
<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Uso un término diferente: _____	

Continúa

QS25 1 \_\_/\_\_/\_\_  
M /DD /HH

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo se percibe usted? Seleccione una.

<input type="checkbox"/> Lesbiana o gay	<input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> Heterosexual, es decir, ni gay ni lesbiana	<input type="checkbox"/> Uso un término diferente: _____	<input type="checkbox"/> <b>Elijo no responder.</b>

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

Indique el **idioma de preferencia en el que escribe** (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  CD de datos

Comuníquese con Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-833-874-8529 (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.

### **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 a este formulario es voluntaria. No obstante, la falta de respuestas podría afectar la inscripción en el plan.
- Comprendo que puedo inscribirme solo en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para planes privados de pago por servicio [Private Fee-For-Service, PFFS] de MA y planes de cuenta de ahorro para gastos médicos [Medical Savings Account, MSA] de MA).
- Comprendo que, cuando comience mi cobertura Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). 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.
- 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.

*Continúa*

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, y que
- 2) la documentación de esta autoridad se encuentra disponible si Medicare la solicita.

<b>Firma</b>	<b>Fecha de hoy</b> __/__/__
--------------	---------------------------------

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

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

**Solo para personas que ayudan a un inscrito a llenar este formulario**

Complete esta sección si es una persona (es decir, agentes, corredores consejeros de SHIP, familiares u otras terceras partes) que ayuda a un inscrito a llenar este formulario.

Nombre	Relación con el inscrito
Firma	Número nacional de productor (NPN) (solo para agentes/corredores)

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), 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 y 422.60 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.

QS25 1 \_\_ / \_\_ / \_\_  
MM / DD / HH

**SOLO PARA USO DE UN AGENTE**

**El agente/productor/corredor/representante de ventas debe completar esta sección**

**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**

QS25 1 \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
MM / DD / HH



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

**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 quiere tener una copia completa de su formulario de inscripción, llámenos al **1-800-562-6315 (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 al 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 →**

QS25 1 \_\_ / \_\_ / \_\_  
MM / DD / HH