

**Evaluación de calificación previa para
Fresenius Health Partners (PPO SNP).**



Complete la siguiente información:

Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	C. P.:
¿Es este un hogar de ancianos autorizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

Medicare

¿Tiene la Parte A de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro.	Número de reclamo de Medicare: _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _ _ _
¿Tiene la Parte B de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro.	
Si la respuesta es "No" a cualquiera de las preguntas, el beneficiario no reúne los requisitos.	

Historia clínica

¿Tiene una enfermedad renal o actualmente se realiza diálisis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "No", el candidato no reúne los requisitos.	
Nombre del médico que realiza el diagnóstico y su clínica:	Teléfono:
Dirección:	

Testimonio del solicitante

Firma del candidato:		Fecha:
<i>Si usted es el representante legal autorizado del afiliado, debe proporcionar la siguiente información:</i>		
Nombre (en letra de imprenta):		Relación con el afiliado:
Firma:		Fecha:
Agente/Gestor (encierre en un círculo una opción)		Nombre del agente/gestor (en letra de imprenta):
Firma del agente/gestor:		Fecha:

Autorización para la divulgación de información médica

Nombre:	
Apellido de soltera/Otros nombres por los que se lo conozca:	Fecha de nacimiento:
Autorizo la divulgación de mis registros médicos a Fresenius Health Partners por parte de cualquier plan de salud, médico, profesional de atención médica, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro médico u otro proveedor de atención médica que haya proporcionado pagos, tratamientos o servicios a mí o en mi nombre. Divulgar registros a: A/A: SNP Enrollment, Fresenius Health Partners 7100 Commerce Way, Suite 285, Brentwood, TN 37027	
Firma del paciente/representante legal:	
Relación con el paciente:	Fecha:



Fresenius Health Partners
PPO SNP
 Accountable Kidney Care



Fresenius

Avalado por Sterling Life Insurance Company

Normalmente, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage solamente durante el período anual de inscripción entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare fuera de este período.

Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, según su leal saber y entender, usted es elegible para un período de inscripción. Si luego comprobamos que esta información es incorrecta, podemos dar de baja su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (agregar fecha) _____.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir en forma permanente fuera del país. Regresé a los EE. UU. el (agregar fecha) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare.
- Recibo ayuda adicional para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Ya no califico para recibir ayuda adicional para pagar mis medicamentos recetados de Medicare. No recibo ayuda adicional desde el (agregar fecha) _____.
- Me estoy por mudar a, vivo en o me mudé recientemente de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o una institución de cuidados a largo plazo). Me mudé/mudaré al/del centro el (agregar fecha) _____.
- Recientemente salí del programa PACE el (agregar fecha) _____.
- Involuntariamente perdí mi cobertura de medicamentos recetados acreditable (de la misma calidad que Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (agregar fecha) _____.
- Voy a dejar la cobertura que me brinda mi empleador o sindicato el (agregar fecha) _____.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica que ofrece mi estado.
- Mi plan finaliza su contrato con Medicare, o Medicare finaliza su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales requeridas para estar en el plan. Mi inscripción del SNP fue dada de baja el (agregar fecha) _____.

Si una de estas afirmaciones corresponde a su caso o no está seguro, comuníquese con Fresenius Health Partners (PPO SNP) al 1-866-307-3625 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-736-2535) para averiguar si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención al público es de 8 a. m. a 8 p. m. en su zona horaria local, los 7 días de la semana.

Para inscribirse en Fresenius Health Partners, proporcione la siguiente información:

Marque el plan en el cual desea inscribirse:

Fresenius Health Partners (PPO SNP) GA H9988-017 \$30.00 por mes

Fresenius Health Partners (PPO SNP) TX H5162-019 \$30.00 por mes

Apellido: Primer nombre: Inicial del segundo nombre: Sr. Sra. Srta.

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) Sexo: Número de teléfono de su hogar: Número de teléfono alternativo:

(____/____/____) M F (____)____-____ (____)____-____

Dirección de la residencia permanente (no se permite ingresar una casilla postal):

Ciudad: Condado: Estado: Código postal:

Dirección de correo postal (solo si es diferente de la dirección de residencia permanente):

Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

Dirección de correo electrónico:

Proporcione la información de su seguro de Medicare

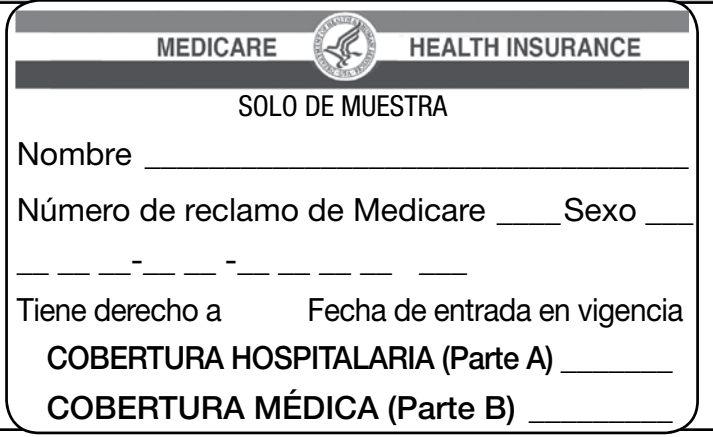
Consulte su tarjeta de Medicare para completar esta sección.

- Complete los espacios en blanco para que coincidan con su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul

- O -

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board).

Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan de Medicare Advantage.



Pago de la prima de su plan

Puede pagar la prima mensual del plan (incluso las sanciones por inscripción tardía que tenga actualmente o que pudiere adeudar) por correo, cheque bancario o tarjeta de crédito todos los meses. También puede elegir pagar su prima mediante deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) todos los meses.

Si se le calcula un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, recibirá una notificación de la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de la prima del plan. El monto se retendrá del cheque de beneficios del Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario o será facturado directamente por Medicare o la RRB. NO pague a Fresenius Health Partners el IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para obtener ayuda adicional para pagar sus costos de medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare puede pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos recetados, los montos anuales deducibles y los coseguros. Asimismo, aquellos que califiquen no estarán sujetos al período sin cobertura ni a una sanción por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para disfrutar de esos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina de Seguro Social o comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-800-325-0778. También puede solicitar ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si califica para recibir ayuda adicional para los costos de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará toda la prima de su plan o parte de esta. Si Medicare solo paga una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubra.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Seleccione una opción de pago de prima:

- Recibir una factura.
- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario (RRB). (Es posible que la deducción del Seguro Social/RRB demore dos meses o más en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción del cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

Lea y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Padece enfermedad renal en etapa terminal (ERET)? Sí No

Si se le ha realizado un trasplante de riñón exitoso o ya no necesita realizarse diálisis de forma regular, **adjunte una nota o los registros de su médico** donde se indique que se le ha realizado un trasplante de riñón exitoso o que no necesita realizarse diálisis; de otro modo, es posible que nos comuniquemos con usted para obtener información adicional.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluido otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios para veteranos (VA) o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos recetados además de Fresenius Health Partners? Sí No

Si su respuesta es "Sí", indique la otra cobertura y su/s número/s de identificación (ID) para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura: _____ N.º de identificación para esta cobertura: _____ N.º de grupo para esta cobertura: _____

3. ¿Es residente de un centro de atención a largo plazo como, por ejemplo, un hogar de ancianos? Sí No
Si su respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

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

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

Si respondió "Sí", proporcione su número de Medicaid: _____

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

Seleccione el nombre de un médico de cabecera (Primary Care Physician, PCP), clínica o centro de salud:

Marque una de las casillas que aparecen a continuación si prefiere que le enviemos la información en otro idioma que no sea el inglés o en otro formato:

- Español Letra grande Disco compacto de sonido Braille

Comuníquese con Fresenius Health Partners al 1-866-307-3625 si necesita información en un formato o idioma diferente a los mencionados. Nuestro horario de atención al público es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-736-2535.

Lea esta información importante



Si actualmente tiene cobertura médica de su empleador o sindicato, adherirse a Fresenius Health Partners podría afectar los beneficios de salud de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura médica de su empleador o sindicato si se adhiere a Fresenius Health Partners. Lea los comunicados que su empleador o que su sindicato le envíen. Si tiene preguntas, visite sus sitios web o comuníquese con las oficinas que aparecen en los comunicados. Si no aparece información de contacto, puede obtener información de su administrador de beneficios o de la oficina que responda preguntas sobre su cobertura.

Lea y firme a continuación

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente: Fresenius Health Partners es un plan de Medicare Advantage y tiene contrato con el gobierno federal. Debo conservar mi Parte A y mi Parte B de Medicare. Solo puedo estar inscrito en un plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en cualquier otro plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o que pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan es, generalmente, para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo salir del plan o realizar cambios solo en determinados momentos del año cuando un período de inscripción se encuentre disponible (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

Fresenius Health Partners presta servicios en un área de servicios específica. Si me mudo fuera del área de cobertura de Fresenius Health Partners, debo notificárselo al plan para que pueda dar de baja mi inscripción y hallar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de Fresenius Health Partners, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios, en caso de que no esté de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de cobertura de Fresenius Health Partners cuando lo reciba para saber qué reglas debo seguir para obtener la cobertura con este plan de Medicare Advantage. Entiendo que la gente que cuenta con cobertura de Medicare generalmente no cuenta con cobertura de Medicare mientras está fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.

Entiendo que, a partir de la fecha del inicio de la cobertura de Fresenius Health Partners, usar los servicios dentro de la red puede costar menos que usar los servicios fuera de la red, a excepción de los servicios de urgencia o emergencia o los servicios de diálisis fuera del área. Si es médicamente necesario, Fresenius Health Partners proporciona reembolsos para todos los beneficios cubiertos, aun si obtengo los servicios fuera de la red. Los servicios autorizados por Fresenius Health Partners y otros servicios incluidos en mi documento de Evidencia de cobertura de Fresenius Health Partners (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI FRESENIUS HEALTH PARTNERS PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que, si recibo asistencia de un agente de ventas, gestor u otra persona que sea empleada o que esté contratada por Fresenius Health Partners, ella/él puede recibir una remuneración según mi inscripción en Fresenius Health Partners.

Divulgación de información: Al adherirme a este plan de salud de Medicare, acepto que Fresenius Health Partners divulgue mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También acepto que Fresenius Health Partners divulgue mi información, incluidos mis datos de evento de medicamento recetado, a Medicare, quien puede divulgarla a fines de investigación u otros fines que cumplan con todas las reglas y leyes federales aplicables. Según mi leal saber y entender, la información de este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que si, intencionalmente, proporciono información falsa en este formulario, se dará de baja mi plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según las leyes estatales donde resido) en esta solicitud significa que he leído y que entiendo los contenidos de esta solicitud. Si es firmada por una persona autorizada (según se describe más arriba), dicha firma certifica que: 1) dicha persona está autorizada, de conformidad con las leyes del estado, a completar esta inscripción y 2) la documentación que avala esta autoridad está a disposición previa solicitud por parte de Medicare.

Firma: _____ Fecha actual: _____

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____ Relación con el afiliado: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Solo para uso administrativo:

Nombre del miembro del personal/agente/gestor (si lo ayudaron con la inscripción): _____

N.º de identificación del plan: _____ Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No elegible: _____

Seminario En el hogar INV BD CC _____ N.º de identificación del agente: _____

Firma del agente: _____ Fecha: _____

Un plan de atención coordinada con un contrato con Medicare Advantage y un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare.