



Health Choice

Formulario de Solicitud de Inscripción

¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que quieran unirse a un plan Medicare Advantage

Para unirse a un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o se encuentre legalmente en los Estados Unidos.
- Vivir en el área de servicio del plan (condados de Apache, Coconino, Gila, Maricopa, Mohave, Navajo, Pinal y Yavapai)

Importante: Para inscribirse en este plan de necesidades especiales de Medicare Advantage, también debe tener:

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- Parte B de Medicare (seguro médico)
- Medicaid (AHCCCS)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de enero)
- Comienza 3 meses antes de que reciba Medicare por primera vez, el mes en que se vuelve elegible para Medicare y 3 meses después de que su plan de Medicare entra en vigencia
- Se le permite unirse o cambiar de planes en determinadas situaciones

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 tarjeta de Medicaid (AHCCCS)
- Su dirección y número de teléfono permanentes

Nota: Debe completar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura porque no los complete.

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe obtener su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de sus primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Retiro Ferroviario).

¿Qué pasará después?

Envíe su formulario completo y firmado al departamento de afiliación:

Por correo:

Health Choice Pathway (HMO D-SNP)
Attn: Enrollment Dept.
410 N. 44th Street, Suite 900
Phoenix, AZ 85008

Por fax: 480-760-4635

Por correo electrónico:

HCHPathwayEnrollment@azblue.com

Una vez que procesen su solicitud para unirse, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Health Choice Pathway al **1-800-656-8991, 711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana o a Medicare gratis al **1-800-633-4227** y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites Administrativos de 1995 (Paperwork Reduction Act), nadie está obligado a responder a una recopilación de información a menos que se muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-NEW. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es un promedio de 20 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE: No envíe este formulario ni ningún artículo con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Todo artículo que obtengamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni remitirá al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Seleccione el plan al que desea unirse: Health Choice Pathway – \$0 - \$30.70 por mes

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare)

NOMBRE:

APELLIDO:

Inicial del segundo nombre:

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)

(/ /)

Sexo:

Masculino

Femenino

Número de teléfono celular:

()

Número de teléfono alternativo:

()

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

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Condado:

Dirección de correo postal, solo si es diferente a la dirección de la residencia permanente
(se permite casilla postal):

Dirección postal:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Su información de Medicare:

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Health Choice Pathway? Sí No

Nombre de la
otra cobertura:

Número de miembro
para esta cobertura:

Número de grupo para
esta cobertura:

1. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado (AHCCCS)? SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, proporcione su número de Medicaid: _____

2. ¿Es residente en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de ancianos? SÍ NO

Si la respuesta es "SÍ", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar tanto el Hospital (Parte A) como el Médico (Parte B) para permanecer en Health Choice Pathway.
- Al unirme a este Medicare Advantage Plan o al Plan de medicamentos recetados de Medicare, reconozco que Health Choice Pathway compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- La información contenida en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Comprendo que las personas que tienen Medicare no suelen tener cobertura de Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera con los Estados Unidos.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Health Choice Pathway, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Health Choice Pathway. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por Health Choice Pathway y contenidos en mi documento de Evidencia de cobertura de Health Choice Pathway (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni Health Choice Pathway pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si lo firma un representante autorizado (según se describió anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y
 - 2) la documentación correspondiente a esta autorización está disponible a pedido de Medicare.

Firma:	Fecha de hoy:
---------------	----------------------

Si es el representante autorizado (poder notarial), firme arriba y complete estos campos:

Nombre:	Dirección:
Número de teléfono:	Relación con el inscrito:

