

SOLICITUD DE AFILIACIÓN ELA 2020

Favor de comunicarse con Triple-S Advantage si usted necesita información en otro idioma o formato. (e.g.Braille).

PARA AFILIARSE A TRIPLE-S ADVANTAGE, POR FAVOR PROVEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Seleccione el plan al que desea afiliarse:

_____ ELA Royal Plus (HMO-POS)
Prima Mensual \$100

_____ ELA Titán (HMO-POS)
Prima Mensual \$100

_____ ELA Titán Plus (HMO-POS)
Prima Mensual \$100

_____ ELA Óptimo Plus (PPO)
Prima Mensual \$100

Escoja según aplique:

_____ Sistema de Retiro de Empleados del ELA (530)

_____ Sistema de Retiro para Maestros (592)

Clasificación del Afiliado:

_____ Principal (retirado) Núm. De S.S. _____

_____ Dependiente Núm. De S.S. _____



Por favor, lea esta Información Importante: Si al momento tiene cubierta de salud provista por su patrono o unión, el afiliarse a Triple-S Advantage puede afectar los beneficios médicos de esa cubierta. Usted puede perder su cubierta de salud de su patrono o unión si se afilia a Triple-S Advantage. Lea las comunicaciones que le envía su patrono o unión. Si tiene preguntas,

visite su página de Internet, o comuníquese con la oficina que le indica en sus documentos. Si no hay información sobre a quién llamar, el administrador de sus beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cubierta pueden ayudarlo.

SOLICITUD DE AFILIACIÓN ELA 2020 P. 2

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Sr.____ Sra.____ Srta.____

Apellidos: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Sexo: ____ F ____ M

Número Teléfono Residencial: _____ Número Teléfono Alternativo: _____

Dirección Residencial Permanente (No se permite apartado postal): _____

Pueblo: _____, PR Código Postal: _____

Dirección Postal (solo si es diferente a la Dirección Residencial Permanente): Calle: _____

Pueblo: _____, PR Código Postal: _____

Contacto de Emergencia: _____

Relación con usted: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Plan Médico Actual: _____ Cubierta: _____

FAVOR DE PROVEER SU INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICARE

Por favor, busque su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para completar esta sección.

- Complete esta información según aparece en su tarjeta de Medicare.
- o -
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviaria.

Nombre (Según aparece en su tarjeta de Medicare) _____

Número de Medicare: _____

Tiene derecho a: _____ Fecha de vigencia: _____

HOSPITAL (Parte A): _____

MEDICO (Parte B): _____

Usted debe tener la Parte A y la Parte B para afiliarse a un plan Medicare Advantage.

SOLICITUD DE AFILIACIÓN ELA 2020 P. 3

PAGO DE LA PRIMA DEL PLAN

Para beneficiarios que se están afiliando en un plan con CERO PRIMA:

Si determinamos que usted adeuda una penalidad por inscripción tardía (o si actualmente tiene una penalidad por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede enviar mensualmente su pago por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés) o tarjeta de crédito. También puede seleccionar pagar su prima con una deducción automática mensual de su cheque de beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés). Si se determina que tiene que pagar una cantidad ajustada mensual de la Parte D debido a sus ingresos, será notificado(a) por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Se le puede enviar directamente la factura de Medicare, o de la RRB. NO pague la cantidad adicional de la Parte D-IRMAA a Triple-S Advantage Inc.

Para beneficiarios que se están afiliando en un plan con PRIMA:

Usted puede pagar su prima mensual (incluyendo cualquier penalidad por inscripción tardía que usted actualmente tenga o deba), por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés) o tarjeta de crédito cada mes. También puede seleccionar pagar su prima con una deducción automática mensual de su cheque de beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés). Si se determina que tiene que pagar una cantidad ajustada mensual de la Parte D debido a sus ingresos, será notificado(a) por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Se le puede enviar directamente la factura de Medicare, o de la RRB. NO pague la cantidad adicional de la Parte D-IRMAA a Triple-S Advantage, Inc.

Personas con ingresos limitados pueden cualificar para Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare puede pagar por el 75% o más del costo de sus medicamentos, incluyendo la prima mensual de sus medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguro. Además, aquellos que cualifiquen no estarán sujetos a la brecha de cubierta o a la penalidad por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y no lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social, o puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Usuarios de equipo especializado de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar Ayuda Adicional en línea en la página de Internet www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si usted cualifica para recibir Ayuda Adicional con los costos de la cubierta de sus medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare solo paga una porción de esta prima, le enviaremos una factura por la cantidad que Medicare no cubre.

SOLICITUD DE AFILIACIÓN ELA 2020 P. 4

Si usted no selecciona una opción de pago, se enviará una libreta de cupones.

POR FAVOR SELECCIONE UNA OPCIÓN PARA EL PAGO DE LA PRIMA Y/O PENALIDAD POR INSCRIPCIÓN TARDÍA:

- ☐ Recibir una libreta de cupones
- ☐ Retiro automático de su cuenta bancaria mensualmente. Por favor, incluya un cheque con la palabra "VOID" escrita o provea lo siguiente:
- Nombre del dueño de la cuenta: _____
- Número de ruta del banco: _____ Número de cuenta bancaria: _____
- Tipo de cuenta: ☐ Cheques ☐ Ahorros
- ☐ Tarjeta de Crédito. Por favor, provea la siguiente información:
- Tipo de Tarjeta: ☐ Visa ☐ Master Card
- Nombre del dueño de la cuenta según aparece en la tarjeta: _____
- Número de cuenta: _____
- Fecha de Expiración: __/__/__ (MM/AAAA)
- ☐ Deducción automática de su cheque mensual de beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB por sus siglas en inglés).

(Puede tomar dos meses o más para comenzar la deducción después que el RRB aprueba la deducción. En la mayoría de los casos, si el RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del RRB incluirá todas las primas que deba de su inscripción desde la fecha que entra en vigor hasta que comience la retención. Si el RRB no aprueba su solicitud para deducción automática, le enviaremos una factura por su prima mensual.)

POR FAVOR, LEA Y CONTESTE ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES

1. ¿Es usted la persona retirada? ☐ Sí ☐ No (solo para grupo patronal)
Si la contestación es sí, fecha de retiro (mes/día/año): _____
Si contestó no, nombre de la persona retirada: _____
2. ¿Está cubriendo a su cónyuge o dependientes bajo este plan patronal? (solo para grupo patronal)
☐ Sí ☐ No ☐ No aplica
Si la contestación es sí, nombre del cónyuge: _____
Nombre de dependiente(s): _____
3. ¿Tiene usted enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)? ☐ Sí ☐ No
Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso y/o si ya no necesita diálisis regularmente, **por favor, adjunte una nota o registro** de su doctor que muestren que su trasplante de riñón fue exitoso o que usted ya no necesita diálisis. De lo contrario, es posible que tengamos que comunicarnos con usted para obtener información adicional.

SOLICITUD DE AFILIACIÓN ELA 2020 P. 5

4. Algunas personas pueden tener otra cubierta de medicamentos, incluyendo seguro privado, TRICARE, cubierta de beneficios médicos de empleados Federales, beneficios para veteranos (VA) o programas de ayuda para medicamentos del gobierno.

¿Va a tener otra cubierta de medicamentos recetados además de Triple-S Advantage? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es "Sí", por favor, haga una lista de las otras cubiertas y el (los) número(s) de identificación para la(s) cubiertas(s):

Nombre de la otra cubierta: _____ Número de identificación de la cubierta: _____ # de grupo de la cubierta: _____

5. ¿Es usted residente de una institución de cuidados a largo plazo, como un asilo de ancianos? ☐ Sí ☐ No
Si respondió "Sí", por favor proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección y número de teléfono de la Institución (número y nombre de la calle): _____

6. ¿Está inscrito en el Programa Estatal de Medicaid del Departamento de Salud? ☐ Sí ☐ No
Si respondió "Sí", por favor proporcione su número de Medicaid: _____

7. ¿Usted o su cónyuge trabajan? ☐ Sí ☐ No

Por favor, seleccione el nombre de su Médico de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés), de nuestro Directorio de Proveedores:

_____ Teléfono: _____

Por favor, marque en el encasillado correspondiente si desea que le enviemos información en otro idioma que no sea español o en un formato accesible:

Otro Idioma: ☐ Inglés ☐ Otro, indique: _____

Otro Formato: ☐ Braille ☐ Audio CD ☐ Otro, indique: _____

Por favor, comuníquese con Triple-S Advantage al 1-888-620-1919 si usted necesita la información en un formato accesible o idioma además del mencionado anteriormente. Nuestro horario es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-620-2520.

SOLICITUD DE AFILIACIÓN ELA 2020 P. 6

FAVOR LEER Y FIRMAR ABAJO

Al completar esta solicitud de inscripción, estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. Triple-S Advantage es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el Gobierno Federal. Es necesario que yo mantenga la cubierta de las Partes A y B de Medicare.
2. Yo solo puedo estar en un plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi afiliación a este plan terminará automáticamente mi afiliación a otro plan médico o plan de medicamentos recetados de Medicare.
3. Es mi responsabilidad informarle a Triple-S Advantage, si tengo alguna cubierta de medicamentos recetados ahora o en el futuro.
4. La afiliación a este plan, es generalmente por todo el año.
5. Una vez afiliado solo puedo darme de baja de este plan o hacer cambios en ciertas fechas del año; cuando hay disponible períodos de afiliación (por ejemplo, durante el Período de Afiliación Anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.
6. Triple-S Advantage sirve a un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio donde Triple-S Advantage proporciona servicio, tengo que notificar al plan para que pueda darme de baja y buscar un nuevo plan en mi nueva área.
7. Una vez sea afiliado de Triple-S Advantage, yo tengo el derecho de apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios, si estoy en desacuerdo.
8. Leeré la Evidencia de Cubierta de Triple-S Advantage cuando lo reciba para conocer las reglas a seguir para obtener los beneficios cubierta con este plan Medicare Advantage.
9. Entiendo que las personas con Medicare, por lo general no tienen cubierta de Medicare cuando están fuera del país, excepto por una cubierta limitada cerca de la frontera de Estados Unidos.
10. Entiendo que a partir del comienzo de mi cubierta con Triple-S Advantage, debo obtener todo mi cuidado médico a través de Triple-S Advantage, excepto en casos de emergencia, servicios de urgencia o servicios de diálisis fuera del área.
11. (Para Planes PPO) Entiendo empezando en la fecha de comienzo de mi cubierta, que utilizar los servicios dentro de la red puede costar menos que utilizar servicios fuera de la red, excepto en casos de emergencia, servicios de urgencia o servicios de diálisis fuera del área.
12. Proveedores fuera de la red/no-contratados no están bajo ninguna obligación para tratar afiliados de Triple-S Advantage, Inc., excepto en situaciones de emergencia. Por favor llame al número de Servicios al Afiliado o vea su Evidencia de Cubierta para más información, incluyendo el costo compartido que aplica para servicios fuera de la red.
13. De ser medicamento necesario, las cubiertas PPO, proveen reembolsos para todos los beneficios cubiertos, aunque haya recibido los servicios fuera de la red.
14. Servicios autorizados por Triple-S Advantage y otros servicios incluidos en mi Evidencia de Cubierta (también conocida como el contrato del afiliado o acuerdo con el afiliado) estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE, NI TRIPLE-S ADVANTAGE PAGARÁ LOS SERVICIOS.**
15. Entiendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, agente de seguros o cualquier otra persona empleada por o contratada por Triple-S Advantage, él/ella puede ser compensado por mi afiliación a Triple-S Advantage.

SOLICITUD DE AFILIACIÓN ELA 2020 P. 7

- 16. Relevo de información:** Al afiliarme a este plan médico de Medicare, estoy en conocimiento que Triple-S Advantage proveerá mi información a Medicare y a otros planes en caso de que sea necesario en relación con tratamiento, pagos y procesos del cuidado de salud. También, entiendo que Triple-S Advantage proveerá mi información incluyendo datos sobre mis medicamentos recetados, a Medicare, quien puede darla a conocer para estudios y otros propósitos que cumplan todos los estatutos y reglamentos Federales que apliquen.

La información en esta solicitud de afiliación es correcta hasta donde tengo conocimiento. Entiendo que si de manera intencional, proporciono información falsa en esta solicitud, se me desafiliará del plan. Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre de acuerdo a la ley del estado en el que vivo) en esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta aplicación. Si lo firma una persona autorizada (tal como se explicó antes), esta firma certifica que: 1) Esta persona está autorizada bajo la ley del estado a completar esta solicitud y 2) los documentos de esta autorización están disponibles en Medicare, si se solicitan.

Certifico que recibí los siguientes documentos por parte del representante de Triple-S Advantage:

☐ Paquete Inicial (Notificación de Múltiples Idiomas, Aviso de No Discrimen, Resumen de Beneficios, Lista de Verificación de Pre-Afiliación)	☐ Directorio de Proveedores y Farmacias (si aplica)
☐ Notificación Estrellas del Plan de Medicare	☐ Formulario de Medicamentos (si aplica)
☐ Notificación de la Evidencia de Cubierta, Formulario de Medicamentos y Directorio de Proveedores y Farmacias	☐ Copia de la Hoja de Afiliación (si aplica)
☐ Evidencia de Cubierta y Formulario de Equipo Médico Duradero (si aplica)	☐ Confirmación de Afiliación Electrónica (si aplica)
☐ Autorización para Divulgación de Información Protegida de Salud (si aplica)	☐ Certificación de Elegibilidad para un Periodo de Afiliación (si aplica)

Autorización para recibir información de manera electrónica:

Al proveer su dirección de correo electrónico y teléfono celular, usted autoriza a Triple-S Advantage a enviarle los siguientes materiales por correo electrónico o mensajes de texto según aplique: Directorio de Proveedores, Notificación Anual de Cambios, Evidencia de Cubierta, Resumen de Beneficios, Formulario de Medicamentos Recetados, material de promoción para mantener su salud, recordatorios de citas médicas, y cualquier otra comunicación del Plan. Si no desea continuar recibiendo comunicaciones a través de correo electrónico o mensajes de texto, puede comunicarse en cualquier momento a nuestro Centro de Servicio al Afiliado al 1-888-620-1919 y para los usuarios de TTY (audio impedidos) deben llamar al 1-866-620-2520 de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

☐ Estoy de acuerdo en recibir información por: ☐ correo electrónico ☐ mensajes de texto.

☐ No estoy de acuerdo en recibir información por: ☐ correo electrónico ☐ mensajes de texto.

SOLICITUD DE AFILIACIÓN ELA 2020 P. 8

Firma: _____

Fecha de hoy: _____

Testigo: _____

Fecha de hoy: _____

Si usted es un representante autorizado/representante legal, deberá firmar y proveer la siguiente información:

Nombre: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Relación con el afiliado: _____

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Nombre del empleado/agente/broker (si fue asistido en la afiliación): _____

NPN: _____

ID # de Plan _____ Fecha Efectiva de Cubierta _____

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

OEP MA _____

La afiliación a Triple-S Advantage, Inc. depende de la renovación de contrato. Triple-S Advantage, Inc. es un concesionario independiente de BlueCross BlueShield Association.

Triple-S Advantage, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por razón de raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo. Triple-S Advantage, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Triple-S Advantage Inc. 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人 ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call: 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520). ATENCIÓN: Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística están disponibles libre de cargo para usted. Llame al: 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520)。