

# FORMULARIO DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN ELA 2021 PARA AFILIARSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

## ¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que desean unirse a un plan Medicare Advantage

## Para unirse a un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente legalmente en los Estados Unidos.
- Vivir en el área de servicio del plan
- Cumplir con los requisitos de elegibilidad de su patrono

**Importante:** Para afiliarse en un plan Medicare Advantage, también debe tener ambos:

- Medicare Parte A (Seguro Hospitalario)
- Medicare Parte B (Seguro Médico)

## ¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 1 de octubre al 31 de diciembre de cada año (para comenzar su cubierta el 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En determinadas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de plan

Visite [Medicare.gov](http://Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede afiliarse 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 y número de teléfono permanentes

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

## Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la afiliación abierta de otoño (del 1 de octubre al 31 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado en o antes del 31 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 pasa después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Triple-S Advantage, Inc –  
Departamento de Matrícula  
PO Box 11320  
San Juan, Puerto Rico 00922-1320

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

## ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Triple-S Advantage al 1-888-620-1919. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-866-620-2520.

O, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**In English:** Call Triple-S Advantage at 1-888-620-1919 / TTY users 1-866-620-2520 or call Medicare toll free at 1-800-633-4227.



# SOLICITUD DE AFILIACIÓN ELA 2021 P. 2

## INFORMACIÓN DE SU SEGURO DE MEDICARE:

Número de Medicare  -  -

## CONTESTE ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES:

Va a tener otra cubierta de medicamentos recetados (como VA, TRICARE, etc.) 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) cubierta(s):

Nombre de la otra cubierta:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Número de afiliado de la cubierta:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Número de grupo de la cubierta:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

# SOLICITUD DE AFILIACIÓN ELA 2021 P. 3

## IMPORTANTE: LEER Y FIRMAR ABAJO

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

1. Es necesario que yo mantenga la Parte A (Hospital) y Parte B (Cubierta Médica) para permanecer en Triple-S Advantage.
2. Al unirme a este Plan Medicare Advantage, reconozco que Triple-S Advantage compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi afiliación, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (vea la Declaración de Privacidad al final de este formulario).
3. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la afiliación en el plan.
4. 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.
5. Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los EEUU.
6. Entiendo que cuando comience mi cubierta de Triple-S Advantage, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Triple-S Advantage. Los beneficios y servicios proporcionados por Triple-S Advantage y contenidos en mi documento de "Evidencia de Cubierta" de Triple-S Advantage (también conocido como contrato de afiliado o acuerdo con el afiliado) serán cubiertos. Ni Medicare ni Triple-S Advantage pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
7. Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada a actuar en mi nombre) 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:
  - a. Esta persona está autorizada bajo la ley del estado a completar esta solicitud, y
  - b. Los documentos de esta autorización estarán disponibles si se solicitan por Medicare.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

### **Solo para Solicitud de Afiliación Electrónica completada de forma presencial:**

**Marcar "Afiliarme Ahora" es considerado su firma.**

**Afiliarme Ahora:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

### **Solo para Solicitud de Afiliación completada por teléfono:**

**Número de Llamada (UCID):** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

**Testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

Si usted es un representante autorizado/representante legal, deberá firmar arriba y completar estos campos:

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con Solicitante: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN II

TODOS LOS CAMPOS A CONTINUACIÓN SON OPCIONALES

Contestar estas preguntas es a su discreción. No se le puede denegar cubierta por no completarlas.

Seleccione si desea que le enviemos información en un idioma que no sea español:

Inglés \_\_\_\_ Otro (indique): \_\_\_\_\_

Seleccione si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Braille \_\_\_\_ Letra Agrandada \_\_\_\_ Audio CD \_\_\_\_

Por favor, comuníquese con Triple-S Advantage al 1-888-620-1919 si usted necesita 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.

¿Usted trabaja? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

¿Su cónyuge trabaja? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

**Para cubiertas HMO - Por favor, seleccione el nombre de su Médico de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés), clínica o centro de salud de nuestro Directorio de Proveedores:**

\_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

De no escoger un PCP, se le asignará uno de forma automática.

**Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico, (seleccione uno o más):**

\_\_\_ 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.

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE AFILIACIÓN ELA 2021 P. 5

Si no desea recibir 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 de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los usuarios de TTY (audio-impeidos) deben llamar al 1-866-620-2520.

\_\_\_\_\_ 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

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con usted: \_\_\_\_\_

¿Es usted el retirado? Sí \_\_\_ No \_\_\_ (Solo para grupos patronales)  
Si contestó "Sí", indique fecha de retiro (mes/día/año): \_\_\_\_\_  
Si contestó no, indique el nombre del retirado: \_\_\_\_\_

¿Está cubriendo a su cónyuge o dependientes bajo este plan patronal? (Solo para grupos patronales)  
\_\_\_ Sí \_\_\_ No \_\_\_ No aplica  
Si la contestación es "Sí", nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_  
Nombre(s) de dependiente(s): \_\_\_\_\_

¿Es usted residente de una institución de cuidados a largo plazo, como un hogar o asilo de ancianos?  
\_\_\_ Sí \_\_\_ No  
Si respondió "Sí", por favor proporcione la siguiente información:  
Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_  
Nombre del Administrador: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la institución o administrador: \_\_\_\_\_

Plan Médico Actual: \_\_\_ MMM \_\_\_ Humana \_\_\_ MCS \_\_\_ Medicare Original \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE AFILIACIÓN ELA 2021 P. 6

### PAGANDO SU PRIMA DEL PLAN:

Usted puede pagar su prima mensual del plan (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 del Seguro Social o 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 por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Se le puede retener la cantidad de su cheque de beneficios del Seguro Social o recibir directamente una factura de Medicare, o de la RRB. NO pague la cantidad adicional de la Parte D-IRMAA a Triple-S Advantage, Inc.

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

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

Recibir una libreta de cupones

Transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés) de su cuenta bancaria mensualmente. Por favor, incluya un cheque con la palabra "VOIDED" 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 la tarjeta: \_\_\_\_\_

Fecha de Expiración: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (MM/AAAA)

Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario (RRB por sus siglas en inglés).

Recibo los beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB

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

## SOLICITUD DE AFILIACIÓN ELA 2021 P. 7

### INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LOS BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS ESPECIALES PARA ENFERMOS CRÓNICOS:

Algunos de nuestros planes ofrecen Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI, por sus siglas en inglés), esto significa que para ser elegible para recibir estos beneficios, el afiliado debe cumplir con todo lo siguiente:

- Tener una o más afecciones crónicas comórbidas y médicamente complejas que ponen en peligro la vida o limitan significativamente la salud general o la función del afiliado;
- Tener un alto riesgo de hospitalización u otros resultados adversos para la salud; y
- Requerir coordinación de cuidado intensivo.

Si elige ELA Titán o ELA Selecto, por favor responda lo siguiente:

¿Cumple con todos los requisitos para recibir los Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI) como se describió anteriormente? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

**Si la respuesta es "Sí", entiendo que para recibir los Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI) debo cumplir con todos los requisitos establecidos anteriormente y que Triple-S realizará una verificación clínica para poder ser elegible para recibir estos beneficios. Si después de la validación clínica no cumplo con los requisitos, seré elegible para recibir todos los demás beneficios en el paquete de mi plan a excepción de los Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI).**

### CERTIFICO QUE RECIBÍ LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS POR PARTE DEL REPRESENTANTE DE TRIPLE-S ADVANTAGE:

- \_\_\_ Paquete Inicial (Resumen de Beneficios, Lista de Verificación de Pre-Afiliación)
- \_\_\_ Notificación Estrellas del Plan de Medicare
- \_\_\_ Notificación de disponibilidad electrónica de la Evidencia de Cubierta, Formulario de Medicamentos y Directorio de Proveedores y Farmacias
- \_\_\_ Certificación de Elegibilidad para un Periodo de Afiliación (si aplica)
- \_\_\_ Copia de la Solicitud de Afiliación (si aplica)
- \_\_\_ Confirmación de Afiliación electrónica (si aplica)
- \_\_\_ Autorización para la Divulgación de Información Protegida de Salud (formulario PHI) (si aplica)

**Lo siguiente solo aplica si no se proporcionó la Notificación de disponibilidad electrónica de la Evidencia de Cubierta, Formulario de Medicamentos y Directorio de Proveedores y Farmacias:**

- \_\_\_ Evidencia de Cubierta y Formulario de Equipo Médico Duradero (si aplica)
- \_\_\_ Directorio de Proveedores y Farmacias (si aplica)
- \_\_\_ Formulario de Medicamentos (si aplica)



# SOLICITUD DE AFILIACIÓN ELA 2021 P. 8

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Nombre del empleado/agente/brokers (si fue asistido en la afiliación): \_\_\_\_\_

NPN: \_\_\_\_\_

ID # de Plan \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva de Cubierta \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recopilan información de los planes de Medicare para rastrear la afiliación de los beneficiarios en planes Medicare Advantage (MA), mejorar cuidado y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de afiliación de beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN, por sus siglas en inglés) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la afiliación en el plan.

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)。