



Health Choice Generations
410 N. 44th St. Ste. 510
Phoenix, AZ 85008

1-800-656-8991
TTY: 1-800-842-4681
www.hcgenerations.com

*** Importante ***

**Antes de llenar cada forma, coloque
el cartón prensado adjunto entre
cada calca de tres páginas.**

**Copia BLANCA = Health Choice Generations
Copia ROSADA = Beneficiario
Copia AMARILLA = Corredor de seguros**



Forma para solicitar inscripción 2009

Telefono: 1-800-656-8991
 Si es usuario de TTY llame al: 1-800-842-4681
 www.hcgenerations.com


Health Choice Generations
 410 N. 44th St. Ste. 510
 Phoenix, AZ 85008

Para afiliarse a Health Choice Generations. Por favor proporcione la siguiente información:

APELLIDO:		NOMBRE:		Inicial del segundo nombre		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	
Fecha de nacimiento: (__/__/____) (MM/DD/A A A A)		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		(Opcional) Número del Seguro Social:		Número de teléfono particular: ()	
Dirección particular permanente:							
Ciudad:			Estado:			Código postal:	
Dirección postal (sólo si es distinta a su dirección particular permanente):							
Dirección:		Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Contacto de emergencia: _____							
Número de teléfono:				Relación con usted:			

Campo opcional: **Correo electrónico:** _____

Proporcione su información de seguro de Medicare

<p>Copie la información de su tarjeta de Medicare para llenar esta sección.</p> <ul style="list-style-type: none"> Llene estos espacios en blanco de acuerdo a su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare - O - Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de su carta de la Administración del Seguro Social, o de la Junta de Retiro Ferroviario. <p>Debe tener Medicare Partes A y B para afiliarse a un plan de Medicare Advantage.</p>	 <p>SAMPLE ONLY</p> <p>(SEGURO DE SALUD DE MEDICARE SÓLO PARA MUESTRA)</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Número de reclamación de Medicare Sexo ____</p> <p>_____ - _____ - _____</p> <p>Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigencia</p> <p>HOSPITAL (Parte A) _____</p> <p>MÉDICO (Parte B) _____</p>
---	---

Lea y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Sufre de una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)? Sí No

Si respondió “sí” a esta pregunta y ya no necesita diálisis en forma regular, o tuvo un trasplante de riñón exitoso, **adjunte una nota o los registros** de su médico que demuestren que no necesita diálisis o que tuvo un trasplante de riñón exitoso.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, como otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de la Administración de Veteranos o programas de asistencia farmacéutica estatales.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos de venta con receta médica además de Health Choice Generations? Sí No

Si la respuesta es “sí”, indique la otra cobertura y su(s) número(s) de identificación (ID) para ésta.

Nombre de la otra cobertura: N° de identificación para esta cobertura: N° de grupo para esta cobertura:

3. ¿Es residente de un establecimiento de cuidado a largo plazo, como una casa de reposo? Sí No

Si la respuesta es “sí”, proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

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

4. ¿Está afiliado al programa Medicaid de su estado? Sí No

Si la respuesta es “sí”, proporcione su número de Medicaid: _____

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

Campo opcional: Elija el nombre de un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), una clínica o un centro de salud:

Marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos la información en un idioma distinto al inglés o en otro formato:

___ español

___ por vía electrónica a través de correo electrónico

Comuníquese con Health Choice Generations al 1-800-656-8991 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-842-4681) si necesita más información en un formato o idioma distinto a los que se indicaron anteriormente. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. todos los días.



“Por favor lea esta importante información”



Si actualmente cuenta con cobertura de salud de un empleador o sindicato, afiliarse a Health Choice Generations podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato. Si cuenta con cobertura de salud de un empleador o sindicato, afiliarse a Health Choice Generations podría cambiar la manera en que funciona su cobertura actual. Lea las comunicaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio Web o comuníquese con la oficina que se indica en las comunicaciones. Si no hay información sobre la persona con quien debe comunicarse, su administrador de beneficios o la oficina que responde las preguntas acerca de su cobertura pueden ayudarlo.

Lea y firme lo siguiente:

Al llenar esta solicitud de afiliación, acepto lo siguiente:

Health Choice Generations es un plan de Medicare Advantage y tiene contrato con el gobierno federal. Deberé mantener mis Partes A y B. Puedo estar sólo en un plan de Medicare Advantage a la vez y comprendo que mi afiliación en este plan terminará automáticamente mi afiliación en otro plan de salud de Medicare o plan de medicamentos de venta con receta médica. Es mi responsabilidad informarles de cualquier cobertura de medicamentos de venta con receta médica que tenga o que pueda tener en el futuro. Por lo general la afiliación en este plan es por todo el año. Una vez que me afilie, puedo dejar este plan y hacer cambios sólo en ciertas ocasiones del año cuando esté disponible un período de afiliación (por ejemplo, del 15 de noviembre al 31 de diciembre de todos los años), o en ciertas circunstancias especiales.

Health Choice Generations atiende en un área de servicio específica. Si me mudo del área de Health Choice Generations, debo notificar al plan para poder desafiarme y buscar un nuevo plan en la nueva área. Una vez afiliado a Health Choice Generations, tengo derecho a apelar de las decisiones del plan sobre el pago o los servicios si estoy en desacuerdo con éstas. Leeré el documento Evidencia de cobertura de Health Choice Generations cuando lo reciba, para conocer los reglamentos que debo seguir a fin de recibir cobertura de este plan de Medicare Advantage. Comprendo que los beneficiarios de Medicare generalmente no tienen cobertura mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Comprendo que desde el momento en que entre en vigencia la cobertura de Health Choice Generations, debo obtener toda mi atención de salud de Health Choice Generations, salvo en el caso que se necesiten servicios de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área.

Se cubrirán los servicios autorizados por Health Choice Generations, así como los servicios incluidos en el documento Evidencia de cobertura de Health Choice Generations (también conocido como contrato de afiliación o acuerdo del suscriptor). **NI MEDICARE NI HEALTH CHOICE GENERATIONS PAGARÁN POR LOS SERVICIOS** que no estén autorizados.

Comprendo que si recibo asistencia de un representante de ventas, corredor de seguros u otra persona que trabaje o tenga contrato con Health Choice Generations, éste será remunerado en base a mi afiliación a Health Choice Generations.

Los servicios de orientación pueden estar disponibles en mi estado para proporcionar asesoría con respecto al seguro complementario de Medicare u otras opciones del plan de Medicare Advantage o de medicamentos de venta con receta médica, y a la asistencia médica a través del Programa Medicaid y el Programa de Ahorros de Medicare.

Divulgación de información: Al afiliarme a este plan de salud de Medicare reconozco que, de ser necesario, este plan divulgará mi información a Medicare y a otros planes para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención de salud. Reconozco que Health Choice Generations divulgará mi información, incluidos los datos de eventos de medicamentos de venta con receta médica, a Medicare, que la puede divulgar para investigación y otros fines que cumplen todos los estatutos y reglamentos federales aplicables. La información en este formulario de afiliación es, a mi entender, correcta. Comprendo que si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi afiliación a este plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en nombre de la persona conforme a las leyes del estado en donde ésta reside) en esta solicitud significa que he leído y que comprendo el contenido de la solicitud. De firmar una persona autorizada (como se describe anteriormente), la firma certifica que: 1) esta persona está autorizada conforme a las leyes estatales para llenar este formulario de afiliación; y 2) la documentación de esta autorización se encuentra disponible si lo solicita Health Choice Generations o Medicare.

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

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: () ____ - _____

Relación con el afiliado _____

Sólo para uso interno:

Nombre del miembro del personal/representante/corredor de seguros (si ayudó en la afiliación): ____

Nº de identificación del plan: _____

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura:

ICEP/IEP: _____ OEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No cumple los requisitos:

Nombre del corredor de seguros: _____

Paquete entregado al beneficiario (encierre en un círculo una de las opciones) sí no

¿Cómo supo el beneficiario de Health Choice Generations? _____