

Pago de la Prima del Plan

Si determinamos que debe una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo cada mes. También puede optar por pagar su prima por deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) cada mes. Si se le evalúa una Cantidad de Ajuste Mensual Relacionado al Ingreso de la Parte D (IRMAA), será notificado por la administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar esta cantidad extra además de la prima del plan. Esta cantidad se le retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social o se le facturará directamente por Medicare o la RRB. NO pague la Parte D-IRMAA a Banner - University Care Advantage.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener Ayuda adicional para pagar sus costos de medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare podría pagar 75% o más de los costos de los medicamentos, incluyendo primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Además, aquellos que califican no estarán sujetos al periodo sin cobertura o a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda adicional, póngase en contacto con su oficina local del Seguro Social, o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar Ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si califica para obtener Ayuda adicional con sus costos de cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará todo o parte de su prima del plan. Si Medicare sólo paga una parte de esta prima, le facturaremos la cantidad no cubierta por Medicare. Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

Seleccione una opción de pago de la prima:

- Recibir una factura
- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviaria (RRB). (La deducción del Seguro Social/RRB puede tomar dos o más meses para comenzar después de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o RRB incluirá todas las primas que se deben a partir de la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el punto en que empieza la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel para las primas mensuales.)

Lea y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Tiene enfermedad renal terminal (ESRD)? Sí No

Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso y/o ya no necesita diálisis con regularidad, adjunte una nota o registros de su médico que muestren que usted ha tenido un trasplante de riñón exitoso y no necesita diálisis, en caso contrario puede que necesitemos comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluyendo otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios médicos de empleados federales, beneficios de VA, o programas de asistencia farmacéutica estatal. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados, además de Banner - University Care Advantage? Sí No

Si respondió afirmativamente, indique su otra cobertura y su número(s) de identificación (ID) para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura:

N.º ID # para esta cobertura:

N.º de Grupo para esta cobertura:

3. ¿Usted reside en un centro de atención a largo plazo, tal como un asilo de ancianos? Sí No

Si respondió afirmativamente, proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: Teléfono:

Dirección de la institución:

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

En caso afirmativo, sírvase proporcionar su número de Medicaid:

(continúa en la siguiente página)

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

6. ¿Tiene derecho a Medicare Parte A? Sí No

¿Está inscrito en Medicare Parte B? Sí No

¿Vive dentro del área de servicio? Sí No

Por favor seleccione el nombre de un médico de cuidado primario (PCP), clínica o centro médico:

Marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea el inglés o en otro formato: Español Letra grande

Llame a Banner - University Care Advantage al (877) 874-3938 si necesita información en un formato accesible o idioma que no está indicada anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana. Usuarios de TTY llamen al 711.

PARE, lea esta información importante

Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, inscribirse en Banner - University Care Advantage podría afectar sus beneficios de salud de empleador o sindicato. Podría perder su cobertura de salud de empleador o sindicato si se inscribe en Banner - University Care Advantage. Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite su página Web, o llame a la oficina que aparece en sus comunicaciones. Si no hay información sobre con quién ponerse en contacto, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas acerca de su cobertura pueden ayudarle.

Lea y firme a continuación

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

Banner - University Care Advantage es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Necesitaré mantener mis Partes A y B de Medicare. Sólo puedo estar en un plan de Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan médico de Medicare o plan de medicamentos recetados. Es mi responsabilidad informarle de cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda conseguir en el futuro. La inscripción en este plan es en general para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo dejar este plan o realizar cambios sólo en determinados momentos del año, cuando un periodo de inscripción esté disponible (ejemplo: 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o en ciertas circunstancias especiales.

Banner - University Care Advantage atiende un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área que Banner - University Care Advantage atiende, necesito avisar al plan para que me pueda desafiliar y pueda encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de Banner - University Care Advantage, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios con los que no esté de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de Cobertura de Banner - University Care Advantage cuando lo reciba para saber qué normas debo seguir para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas que tienen Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras estén fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera con Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en que empieza la cobertura de Banner - University Care Advantage, debo obtener toda mi atención médica de Banner - University Care Advantage, excepto para los servicios de emergencias o que se necesitan con urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios autorizados por Banner - University Care Advantage y otros servicios que figuran en el documento Evidencia de Cobertura (también conocido como un contrato de afiliado o acuerdo de suscriptor) de Banner - University Care Advantage. Sin autorización, **NI MEDICARE NI BANNER - UNIVERSITY CARE ADVANTAGE PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si estoy recibiendo asistencia de un agente de ventas, agente o persona empleada o contratada por Banner - University Care Advantage, él/ella podría recibir un pago basado en mi inscripción en Banner - University Care Advantage.

Divulgación de información: Al unirme a este plan médico de Medicare, reconozco que Banner - University Care Advantage divulgará mi información a Medicare y a otros planes según resulte necesario para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. También reconozco que Banner - University Care Advantage divulgará mi información a Medicare, incluidos mis datos de resultados de medicamentos recetados, el cual puede divulgarla para fines de investigación y otros fines que cumplan con todas las leyes y regulaciones federales. La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, seré desafiliado del plan.

(continúa en la siguiente página)

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre bajo las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud.

Si es firmada por una persona autorizada (como se describe más arriba), esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada bajo la ley estatal para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autorización está disponible a petición de Medicare.

Firma: **Fecha de hoy:**

Si usted es el representante autorizado, deberá firmar arriba y proveer la siguiente información:

Nombre:

Dirección:

Número telefónico: **Relación con el inscrito:**

Para uso de la oficina solamente

Name of staff member/agent/broker (if assisted in enrollment):

Plan ID #: H4931

Election period: ICEP/IEP:

AEP:

SEP (type):

OEP Only:

Selling Agent Name:

Selling Agent ID#:

Selling Agent Phone Number:

Referring Agent Name & ID:

Proposed Effective Date of Coverage:

Application Received Date:

Is benefit a current patient of PCP listed on page 3? Yes No

Coordination of Care: Yes No

Was the Scope of Appointment Form submitted? Yes No

If No, reason: Sales Event Mail In Other:

Selling Agent Signature: Date:

Fax completed enrollment form to 1-855-231-9237

Banner – University Care Advantage es una HMO SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Banner – University Care Advantage depende de la renovación del contrato.

Banner – University Care Advantage (HMO SNP) cumple con leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina basándose en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (877) 874-3930 (TTY: 711).