

Póngase en contacto con Longevity Health Plan of Illinois, Inc. si necesita información en otro idioma o formato (braille).

<b>Para inscribirse en Longevity Health Plan of Illinois, Inc. proporcione la siguiente información:</b>			
<b>Indique con una marca en qué plan quiere inscribirse:</b>			
___ Longevity Health Plan (HMO I-SNP) - \$26.00 por mes			
APELLIDO:	NOMBRE de pila:	Inicial del 2.º nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Fecha de nacimiento: (__/__/____) (MM/DD/AAAA)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono particular: ( )	Número de teléfono alternativo: ( )
Dirección de residencia permanente (no se admiten casillas de correo):			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
<b>Dirección postal</b> (solamente si es distinta de la dirección de residencia permanente):			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
<b>Contacto para emergencias:</b> _____			
<b>Número de teléfono:</b> _____ <b>Relación con usted:</b> _____			
<b>Dirección de correo electrónico:</b> _____ ]			
<b>Proporcione la información del seguro de Medicare</b>			
<p>Tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare a mano para completar esta sección.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Complete esta información tal como aparece en la tarjeta de Medicare.</li> </ul> <p>O BIEN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios.</li> </ul>	<p>Nombre (tal como aparece en la tarjeta de Medicare):</p> <p>_____</p> <p>Número de Medicare: _____</p> <p>Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigencia:</p> <p>COB. HOSPITALARIA (Parte A) _____</p> <p>COB. MÉDICA (Parte B) _____</p> <p>Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.</p>		

## Cómo pagar la prima del plan

**Puede pagar su prima mensual del plan (incluida la multa por inscripción tardía que actualmente tiene o puede adeudar) por correo todos los meses. También puede elegir pagar su prima por deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) cada mes.**

**Si se le asigna un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, se lo notificará la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de la prima de su plan. Se le retirará el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o se lo facturará directamente Medicare o RRB. NO pague a Longevity Health Plan of Illinois, Inc. la Parte D-IRMAA.**

Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si resulta elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de los medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no quedarán sujetas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos beneficios y no lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda adicional, póngase en contacto con una oficina local del Seguro Social o bien 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](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una parte de la prima, le enviaremos a usted la factura por el monto que Medicare no cubra.

Si no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

**Elija una opción de pago de la prima:**

Obtenga una factura cada mes

Descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).

Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB

(La deducción del Seguro Social o de la RRB puede demorar dos meses o más en comenzar luego 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 descuento automático, el primer descuento del cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de descuento automático, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales).

**Lea y responda estas preguntas importantes:**

1. ¿Padece una enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD)?  Sí  No

Si usted recibió un trasplante de riñón con éxito o ya no necesita diálisis regulares, **adjunte una nota o los registros** del médico que indiquen que usted recibió un trasplante de riñón exitoso o que ya no necesita diálisis; de lo contrario, tal vez sea necesario que nos pongamos en contacto con usted para obtener información adicional.

2. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura para medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios de salud para empleados, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta además de Longevity Health Plan of Illinois, Inc.?  Sí  No

Si la respuesta es “Sí”, mencione la otra cobertura y su número de identificación de esa cobertura:

Nombre de la otra cobertura:

Núm. de identificación  
para esta cobertura:

Núm. de grupo  
para esta cobertura:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia?  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 inscrito en el 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

6. ¿Ha residido en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de ancianos, en la red de Longevity Health Plan of Illinois, Inc. durante más de 90 días?  Sí  No

7. Elija el nombre de un médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Nombre del medico: \_\_\_\_\_

¿Es este su médico actual?  Sí  No

**Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea español o en un formato accesible:**

\_\_\_ Ingles

\_\_\_ Cinta de audio o letra grande

Comuníquese con Longevity Health Plan of Illinois, Inc. al 1-888-866-9770 (TTY 711) y si necesita información en un formato o idioma accesible que no sea el que se menciona anteriormente.



### Lea esta información importante

**Si en la actualidad cuenta con la cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en Longevity Health Plan of Illinois, Inc. podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato. Si se inscribe en Longevity Health Plan of Illinois, Inc. podría perder la cobertura de salud provista por su empleador o sindicato.** Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite el sitio web o comuníquese con la oficina que figura en las comunicaciones. Si no cuenta con información sobre con quién contactarse, puede recibir ayuda del administrador de beneficios o la oficina encargada de responder preguntas sobre su cobertura.

**Lea y firme a continuación:**

**Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:**

Longevity Health Plan of Illinois, Inc. es un plan Medicare Advantage que ha celebrado un contrato con el gobierno federal. Tendré que conservar la cobertura de las Partes A y B de Medicare. Solamente puedo tener un plan Medicare Advantage a la vez, y comprendo que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga o que pueda obtener en el futuro. La inscripción en este plan es generalmente para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo cancelar mi inscripción en el plan o efectuar cambios solo en determinados momentos del año, en los períodos de inscripción disponibles (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o en determinadas circunstancias especiales.

Longevity Health Plan of Illinois, Inc. brinda servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que Longevity Health Plan of Illinois, Inc. brinda servicios, debo notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en la nueva área. Una vez que sea miembro de Longevity Health Plan of Illinois, Inc. , tendré derecho a apelar las decisiones que tome el plan respecto de pagos o servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de Cobertura de Longevity Health Plan of Illinois, Inc. cuando lo reciba para saber qué reglas debo seguir para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. 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 Estados Unidos.

Comprendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Longevity Health Plan of Illinois, Inc. debo recibir toda la atención médica de parte de Longevity Health Plan of Illinois, Inc. , salvo por los servicios de emergencia o urgencia, o por los servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por Longevity Health Plan of Illinois, Inc. y otros servicios incluidos en el documento de Evidencia de cobertura de Longevity Health Plan of Illinois, Inc. (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos.

Si no se cuenta con autorización, **NI MEDICARE NI LONGEVITY HEALTH PLAN OF ILLINOIS, INC. PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Comprendo que, si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por Longevity Health Plan of Illinois, Inc. esta persona puede recibir un pago en función de mi inscripción en Longevity Health Plan of Illinois, Inc. .

**Divulgación de información:** Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que Longevity Health Plan of Illinois, Inc. divulgará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para cualquier tratamiento, pago o procedimientos de atención médica. También reconozco que Longevity Health Plan of Illinois, Inc. divulgará mi información, a Medicare, que puede divulgarla con fines de investigación o para otros fines que respeten todas las leyes y reglamentaciones federales aplicables. A mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si proporciono información falsa en este formulario de manera intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud implica que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si una persona autorizada (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para realizar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad estará disponible en caso de que Medicare la requiera.

<b>Firma:</b>	<b>Fecha de hoy:</b>
---------------	----------------------

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

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Relación con la persona inscrita:** \_\_\_\_\_

**Únicamente para uso oficial:**  
 Nombre del miembro del personal, agente o corredor (si brindó ayuda para la inscripción):  
 \_\_\_\_\_

Núm. de identificación del plan: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_

ICEP/IEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ SEP (tipo): \_\_\_\_\_ No es elegible: \_\_\_\_\_

OEPI: \_\_\_\_\_