



**Para inscribirse en Fidelis SecureCare, complete la información siguiente**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fidelis Secure Comfort HMO (005)      | <input type="checkbox"/> Fidelis Secure Comfort Plus HMO (006)                 |
| <input type="checkbox"/> Fidelis Secure Independence HMO (007) | <b>Solamente MI:</b> <input type="checkbox"/> Fidelis Secure At Home HMO (008) |

<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. Apellido:	Nombre:	MI:	Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de la Seguridad Social (Opcional)
Domicilio de residencia permanente:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono:
Domicilio postal (si es diferente al domicilio de residencia):		Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono:
Contacto de emergencia	Teléfono:	Relación:	Correo electrónico:		

**Complete la información de su Seguro de Medicare**

Para completar esta sección, tenga a mano su tarjeta de miembro. Complete estos espacios de manera que coincidan con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare. Otra alternativa es que adjunte una copia de la Tarjeta de Medicare o su carta de la Administración del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario. Para inscribirse en el Plan Medicare Advantage debe tener una Parte A y una Parte B de Medicare.

Nombre	Número de Medicare	Sexo	Con derecho a	HOSPITAL (PARTE A)	MÉDICO (PARTE B)
_____	_____ - _____ - _____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Vigencia	_____	_____

**Lea y responda estas preguntas importantes**

1. ¿Tiene Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí" a esta pregunta y ya no necesita diálisis periódica, o si se le ha realizado un trasplante de riñón con éxito, <b>adjunte una nota</b> de su médico <b>para los registros</b> que demuestre que no necesita diálisis o que ha tenido un trasplante de riñón exitoso.
2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluidos los de otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios VA o programas de ayuda farmacéutica del estado. ¿Tiene otra cobertura de medicamentos <u>recetados</u> además de Fidelis SecureCare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique su otra cobertura de medicamentos y el/los número(s) de identificación (ID) de dicha cobertura: Nombre de la otra cobertura      N.º de ID de esta cobertura      N.º de grupo de esta cobertura _____
3. ¿Reside en un centro de atención de largo plazo, como un centro de enfermería? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", complete la información siguiente: Nombre de la institución      Dirección y teléfono de la institución      Fecha de ingreso _____
4. ¿Está inscrito en el Programa Medicaid de su estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", indique su número de Medicaid: _____
5. ¿Usted o su esposa trabajan? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Necesita ayuda con las actividades de la vida diaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

7. Seleccione el nombre de un médico de cabecera (PCP) Nombre: _____ Teléfono: _____
8. ¿Su idioma principal es otro que no sea inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", indique cuál es su idioma: _____ (1)
Puede pagar la prima mensual del plan por correo o puede optar por pagarla por deducción automática de su cheque del Seguro Social cada mes. (2) Si califica para recibir ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará una parte o toda la prima del plan. Si Medicare paga solamente una parte de la prima, le facturaremos a usted el monto que no cubre Medicare. Seleccione una opción de pago de las primas: <input type="checkbox"/> Recibir una factura <input type="checkbox"/> Deducción automática del cheque de beneficios mensual del Seguro Social (3) <input type="checkbox"/> Deducción automática de mi cuenta bancaria (complete el formulario de autorización)
<b><u>ESPERE: Lea la información importante al dorso antes de firmar</u></b>
Su firma: _____ Fecha de hoy: _____
Si es un Representante Autorizado, debe firmar arriba e indicar lo siguiente: Nombre: _____ Relación: _____ Domicilio y teléfono: _____
SOLO PARA USO OFICIAL      FECHA DE VIGENCIA: _____ Nombre del agente (si le asistió para inscribirse): _____ ID del Plan: _____ Elección: <input type="checkbox"/> OEPI <input type="checkbox"/> Otra: _____

## Lea esta información importante

**Si en este momento tiene la cobertura de salud de un empleador o sindicato, su inscripción en Fidelis SecureCare podría afectar sus beneficios de dicho empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en Fidelis SecureCare.** Lea las comunicaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite sus sitios web o comuníquese con las oficinas que aparecen en dichas comunicaciones. Si no hay ninguna información sobre con quién puede comunicarse, pueden ayudarle su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura.

## LEA Y FIRME

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

Fidelis SecureCare es un Plan de Salud que tiene un Contrato con Medicare. Deberé conservar mis Partes A y B de Medicare. Puedo estar solamente en un plan Medicare Advantage a la vez y comprendo que mi inscripción en este plan finalizará mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare de forma automática. Es mi responsabilidad informarles si tengo una cobertura de medicamentos recetados o cuando la tenga en el futuro.

Fidelis SecureCare cubre un área de servicio determinada. Si me mudo fuera del área de servicio de Fidelis SecureCare, debo notificar al plan para poder darme de baja y buscar un plan nuevo en mi área nueva. Una vez que sea miembro de Fidelis SecureCare, tengo derecho a apelar las decisiones del plan relativas al pago o los servicios si no estoy de acuerdo. Leeré la Evidencia de Cobertura de Fidelis SecureCare cuando la reciba para saber qué reglas debo cumplir para obtener la cobertura con este plan de Medicare Advantage. Comprendo que las personas que tienen Medicare no suelen estar cubiertas bajo Medicare mientras se encuentran fuera del país, salvo en casos de cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Comprendo que a partir de la fecha de comienzo de la cobertura de Fidelis SecureCare, debo recibir toda mi atención de salud de Fidelis SecureCare, excepto en casos de emergencia o de necesitar servicios de urgencia o de servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios autorizados por Fidelis SecureCare y otros servicios que contiene mi documento Evidencia de Cobertura de Fidelis SecureCare (conocido también como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI FIDELIS SECURECARE PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Comprendo que si recibo asistencia de un representante de ventas, agente u otra persona empleada o contratada por Fidelis SecureCare, se le pagará conforme a mi inscripción en Fidelis SecureCare.

Al inscribirme en este plan, confirmo que no recibo ninguna ayuda financiera del grupo o sindicato de mi empleador actual o anterior (ni del grupo o sindicato del empleador actual o anterior de mi cónyuge) para la compra de cobertura o servicios médicos, medicamentos recetados o cobertura de medicamentos recetados, ni para el pago, total o parcial, de mi inscripción en un plan de Medicare Advantage o de medicamentos de Medicare.

### **Divulgación de información**

Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, acepto que dicho plan revelará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para las operaciones de tratamiento, pagos y atención de salud. También acepto que Fidelis SecureCare revelará mi información, incluidos los datos de los acontecimientos relacionados con los medicamentos recetados, a Medicare, que podrá divulgarlos con fines de investigación y de otro tipo que cumplan con todas las leyes y normas federales aplicables. La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber. Comprendo que si incluyo información falsa de manera intencional en este formulario, me darán de baja del plan.

Comprendo que mi firma (o la de la persona autorizada para representarme conforme a las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud significa que la leí y comprendo su contenido. Si firmé a través de una persona autorizada (como se describió anteriormente), dicha firma certifica que: 1) esa persona está autorizada conforme a las leyes del Estado para completar esta inscripción y 2) la documentación de tal autoridad está disponible a solicitud de Fidelis SecureCare o Medicare.

- (1) Comuníquese con Fidelis SecureCare al 1-877-372-8085. Si necesita información en un formato o idioma no enumerado. Atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Durante el Período de Elección de Inscripción Abierta de Medicare, Servicio al Cliente atiende los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-888-844-5530.
- (2) Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de los medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y los coseguros. Además, quienes califiquen no estarán sujetos a la multa por inscripción tardía o brecha en la cobertura. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera se han enterado. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar ayuda adicional en línea en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).
- (3) La deducción de la Seguridad Social puede tardar dos o más meses en comenzar. En la mayoría de los casos, la primera deducción de su cheque de beneficio de la Seguridad Social incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de inscripción efectiva hasta el punto en el que comienza la retención.