



Formulario de inscripción individual en Sharp Direct Advantage® Gold Card (HMO) y Sharp Direct Advantage® Platinum Card (HMO) para 2020

Completar este formulario es su primer paso para convertirse en miembro de Sharp Direct Advantage. Puede inscribirse por correo, por teléfono o en línea.

Si tanto usted como su cónyuge solicitan cobertura, deberán completar un formulario cada uno. Para obtener ayuda para completar el formulario de inscripción, envíenos un correo electrónico a medicaresales@sharp.com, o para completarlo por teléfono, llámenos al 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711). O bien, visite sharpmedicareadvantage.com/enroll/enroll-online para inscribirse en línea.

Comuníquese con Sharp Health Plan si necesita información en otro idioma o formato (braille).

Cómo completar el formulario

- Responda todas las preguntas y escriba sus respuestas en letra de imprenta con tinta azul o negra. Marque las casillas con una X.
- Firme y feche el formulario en la página 7. **Asegúrese de haber leído todas las páginas antes de firmar.**
- Envíe por correo o lleve el formulario original a la siguiente dirección:
Sharp Health Plan, Medicare Dept.
8520 Tech Way, Suite 201
San Diego, CA 92123

Próximos pasos

- Revisaremos su formulario para asegurarnos de que esté completo. Luego, le enviaremos un correo para avisarle que lo recibimos.
- Le informaremos a Medicare que usted solicitó la cobertura de Sharp Direct Advantage.
- Dentro de los 10 días calendario después de que Medicare confirme que usted es elegible, le informaremos cuándo comienza su cobertura. Luego, le enviaremos la tarjeta de identificación de miembro de Sharp Direct Advantage y el paquete de bienvenida.

Formulario de inscripción individual en Sharp Direct Advantage® Gold Card (HMO) y Sharp Direct Advantage® Platinum Card (HMO) para 2020

Para uso interno únicamente:	
Nombre del miembro del personal/agente/corredor de seguros _____ (si recibió ayuda durante la inscripción):	N.º de licencia de CA: _____
N.º de identificación del plan: _____	Fecha de recepción: _____ ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No elegible: _____
N.º de PCP: _____	N.º de solicitud: _____

Para inscribirse en Sharp Health Plan, complete la siguiente información:

Fecha de entrada en vigor de la cobertura: MM/DD/AA (/ /)

Marque el plan en el que desea inscribirse.

Sharp Direct Advantage Gold Card (\$0 por mes; no incluye cobertura dental)

Sharp Direct Advantage Gold Card (\$12 por mes; incluye el plan Dental Advantage de Delta Dental [HMO]*)

Sharp Direct Advantage Platinum Card (\$57 por mes; incluye el plan Dental Advantage de Delta Dental [HMO]*).

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
-----------	---------	-----------------------------	--

Fecha de nacimiento: MM/DD/AA (/ /)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono principal: ()	Número de teléfono celular: ()
--	--	---	---------------------------------------

Dirección de residencia permanente (no se permite apartado postal):

Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
---------	----------	---------	----------------

Dirección postal (solo si es diferente de la dirección de residencia permanente):

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Dirección de correo electrónico:	<input type="checkbox"/> Sí, deseo recibir novedades e información sobre el plan de salud por correo electrónico.
----------------------------------	---

Complete su información de seguro de Medicare

<p>Tenga a mano la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.</p> <ul style="list-style-type: none"> Complete los datos como aparecen en su tarjeta de Medicare. —O— Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario. 	Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare): _____
	Número de Medicare: _____
	Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigor
	BENEFICIOS HOSPITALARIOS (Parte A) _____
BENEFICIOS MÉDICOS (Parte B) _____	

Debe contar con Medicare Parte A y Parte B para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

* Delta Dental hace referencia a Delta Dental of California.

Cómo pagar la prima del plan

Si determinamos que debe el pago de una multa por inscripción tardía (o si tiene actualmente una multa por inscripción tardía), necesitamos saber la forma de pago que prefiere. Puede pagar por correo postal, transferencia electrónica de fondos (EFT) o tarjeta de crédito todos los meses. También puede elegir pagar su prima mediante una deducción mensual automática del cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

Puede pagar su prima mensual del plan (incluidas las multas por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda deber) por correo postal, EFT o tarjeta de crédito todos los meses. También puede elegir abonar su prima mediante deducción automática del Seguro Social o de la RRB.

La Administración del Seguro Social le informará si se aplica un monto de ajuste mensual por ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D). Usted será responsable de pagar este monto adicional además de la prima del plan. El importe se descontará de su cheque de beneficios del Seguro Social; o bien Medicare o la RRB le enviará la factura directamente. **NO** le pague a Sharp Health Plan el IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados pueden reunir las condiciones para el programa Ayuda Adicional, que ayuda a pagar los costos de los medicamentos con receta. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de los medicamentos, incluidas las primas mensuales para medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnen las condiciones no estarán sujetas a la etapa de brecha de cobertura ni a la multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos beneficios y no lo saben. Para obtener más información sobre el programa Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al 1-800-772-1213. Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar el programa Ayuda Adicional en línea, en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si reúne las condiciones para el programa Ayuda Adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos con receta, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubre.

Seleccione una opción de pago para las primas:

- Reciba una factura. (Si debe efectuar un pago, podrá hacerlo mensualmente con cheque o tarjeta de crédito).
- Por transferencia electrónica de fondos desde su cuenta bancaria el primer día de cada mes. Si el primer día del mes, cae un fin de semana o es feriado bancario, el giro se efectuará el próximo día hábil. Adjunte un cheque ANULADO o facilite la siguiente información:

Tipo de cuenta: Cuenta corriente Cuenta de ahorros

Nombre del titular de la cuenta: _____ Nombre del banco: _____

Número de ruta bancaria: _____ Número de cuenta bancaria: _____

- Deducción automática del cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(Una vez que el Seguro Social o la RRB apruebe su solicitud, es posible que las deducciones demoren dos meses o más en iniciarse. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa de sus primas mensuales).

Lea y responda las siguientes preguntas importantes:

1. ¿Tiene enfermedad renal en etapa terminal? Sí No

Si le han trasplantado un riñón con éxito, o usted ya no necesita diálisis, adjunte una nota o los registros de su médico que muestren que el trasplante ha salido bien o que no necesita diálisis. Si no lo hace, es posible que debamos comunicarnos con usted para pedirle más información.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, por ejemplo, otra cobertura privada, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de la Administración de Veteranos (VA) o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además de Sharp Health Plan? Sí No

Si la respuesta es "Sí", indique la otra cobertura y los números de identificación correspondientes:

Nombre de la otra cobertura: N.º de identificación de esta cobertura: N.º de grupo de esta cobertura:

3. ¿Es residente de un centro de atención a largo plazo, como un asilo de ancianos? Sí No

Si la respuesta es "Sí", brinde la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección de la institución (número y calle): _____

Número de teléfono de la institución: _____

4. ¿Está inscrito en Medi-Cal (Medicaid)? Sí No

Si la respuesta es "Sí", indique su número de Medi-Cal: _____

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

Elija un médico de atención primaria (PCP):

Nombre del PCP: _____ Grupo médico del PCP: _____

¿Es paciente en este momento? Sí No

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

Español Formato accesible (como braille, audio o letra grande): _____

Comuníquese con Sharp Health Plan al 1-855-562-8853 si necesita información en un formato accesible o en algún idioma que no se haya mencionado arriba. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los fines de semana y feriados, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil. Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711.

Sharp Health Plan ofrece la Evidencia de cobertura, el Formulario y el Directorio de proveedores en línea, en sharpmedicareadvantage.com. Los miembros pueden solicitar que se les envíe una copia impresa por correo llamando a Servicio al Cliente al número de teléfono que se indica arriba.

Anexo 1a: Información para incluir durante la inscripción. Certificación de elegibilidad para un período de inscripción.

Normalmente, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage solamente durante el período de inscripción anual desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea la siguiente información detenidamente y marque la casilla que corresponda a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si, posteriormente, determinamos que esta información no es correcta, es posible que demos de baja su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Dejaré de recibir la cobertura de mi empleador o sindicato el (indique la fecha) _____.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (indique la fecha) _____.
- Recientemente fui liberado de prisión. Me liberaron el (indique la fecha) _____.
- Recientemente volví a los Estados Unidos después de vivir de manera permanente fuera de los EE. UU. Volví a los EE. UU. el (indique la fecha) _____.
- Recientemente obtuve la condición de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve esta condición el (indique la fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi cobertura de Medicaid (soy nuevo beneficiario de Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de Medicaid), el (indique la fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en el programa Ayuda Adicional que me permite pagar la cobertura de medicamentos con receta (soy nuevo beneficiario de Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de beneficios de Ayuda Adicional, perdí los beneficios de Ayuda Adicional), el (indique la fecha) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o soy beneficiario del programa Ayuda Adicional que me permite pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no tuve ningún cambio.
- Recibo ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Ya no reúno los requisitos para recibir ayuda adicional que me permita pagar mis medicamentos con receta de Medicare. Dejé de recibir ayuda adicional el (indique la fecha) _____.
- Me mudaré a un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un asilo de ancianos), estoy viviendo en él o acabo de abandonarlo. Me mudé/me mudaré/abandonaré el centro el (indique la fecha) _____.
- Recientemente dejé de participar en un Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE), el (indique la fecha) _____.
- Recientemente perdí mi cobertura acreditable de medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare) de manera involuntaria. Perdí mi cobertura de medicamentos el (indique la fecha) _____.
- Participo en un programa de asistencia farmacéutica que ofrece mi estado.
- Mi plan finalizará su contrato con Medicare, o Medicare finalizará su contrato con mi plan.
- Estuve inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (indique la fecha) _____.


Anexo 1a: Información para incluir durante la inscripción. Certificación de elegibilidad para un período de inscripción (continuación).

- Estaba inscrito en un plan para necesidades especiales (SNP) pero ya no reúno los requisitos relativos a las necesidades especiales para permanecer en ese plan. Me dieron de baja del SNP el (indique la fecha) _____.
- Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o una catástrofe (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias). Una de las demás afirmaciones que se mencionan aquí se aplica a mi caso, pero no pude inscribirme con motivo del desastre natural.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o si tiene dudas al respecto, comuníquese con Sharp Health Plan al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 711) para averiguar si es elegible para inscribirse. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los fines de semana y feriados, su llamada será atendida por nuestro sistema de correo de voz. Un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil.

Sharp Health Plan es un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) que tiene contrato con Medicare. La inscripción en Sharp Health Plan depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame al plan. Se pueden aplicar algunas limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas, los copagos o el coseguro pueden cambiar a partir del 1.º de enero de cada año. Debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B.

 **Lea esta información importante.** Si actualmente tiene cobertura médica de un empleador o sindicato, inscribirse en Sharp Health Plan podría afectar los beneficios médicos de su empleador o sindicato. Usted podría perder la cobertura médica de su empleador o sindicato si se inscribe en Sharp Health Plan. Lea los comunicados que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que se indica en sus comunicados. Si no se incluye la información de contacto, el administrador de beneficios o la oficina que se encarga de atender las consultas sobre la cobertura podrán ayudarlo.

Lea y firme a continuación

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Sharp Health Plan es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Tendré la obligación de mantener Medicare Parte A y Parte B. Solamente puedo pertenecer a un plan de Medicare Advantage a la vez y comprendo que mi inscripción en este plan anulará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarle sobre toda cobertura de medicamentos con receta que tenga o pueda obtener en el futuro. Por lo general, la inscripción en este plan es para todo el año. Una vez que me inscriba, podré dejar este plan o realizar modificaciones solamente en determinadas épocas del año, cuando haya un período de inscripción (por ejemplo, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o en determinadas circunstancias especiales.

Sharp Health Plan brinda servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que Sharp Health Plan brinda servicios, debo notificar al plan para poder darme de baja y encontrar otro plan en la nueva área. Una vez que sea miembro de Sharp Health Plan, tendré el derecho de apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios si no estoy de acuerdo con ellas. Leeré la Evidencia de cobertura de Sharp Health Plan cuando la reciba para conocer qué reglas debo seguir a fin de obtener cobertura con este plan de Medicare Advantage. Entiendo que, en general, Medicare no brinda cobertura a sus beneficiarios cuando están fuera del país, salvo determinada cobertura cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Comprendo que, a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Sharp Health Plan, debo obtener toda mi atención de salud de Sharp Health Plan, excepto los servicios de emergencia o urgencia, o los servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios autorizados por Sharp Health Plan y demás servicios incluidos en la Evidencia de cobertura de Sharp Health Plan (también conocida como “contrato del miembro” o “contrato del suscriptor”). Sin autorización, **NI MEDICARE NI SHARP HEALTH PLAN PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que, si recibo ayuda de un agente de ventas, un agente de seguro u otra persona empleada o contratada por Sharp Health Plan, es posible que a ellos se les pague según mi inscripción en Sharp Health Plan.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, acepto que Sharp Health Plan comparta mi información con Medicare y otros planes, según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención de salud. También acepto que Sharp Health Plan divulgue mi información, incluidos datos sobre medicamentos con receta, a Medicare. A su vez, Medicare puede divulgarla con fines de investigación y de otro tipo, de acuerdo con los estatutos y las reglamentaciones federales. La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Comprendo que, si brindo información falsa intencionalmente en este formulario, se anulará mi inscripción al plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre según las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud significa que he leído y entiendo su contenido. Si firma una persona autorizada (como se describe arriba), la firma certifica lo siguiente: 1) esta persona está autorizada según las leyes estatales a completar este formulario de inscripción y 2) se pondrá a disposición de Medicare la documentación que certifique esta autorización.

Firma:

x

Fecha de hoy:

Si usted es un representante autorizado, debe firmar arriba y brindar la siguiente información:

Nombre:

Relación con la persona inscrita:

Dirección:

Número de teléfono: ()

Aviso sobre no discriminación

Sharp Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Tampoco excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Sharp Health Plan brinda lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como los siguientes:
 - Intérpretes del lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos).
- Servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente, al 1-855-562-8853.

Si cree que Sharp Health Plan no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede tramitar una reclamación con nuestro coordinador de derechos civiles por los siguientes medios:

- Dirección: Sharp Health Plan Appeal/Grievance Department 8520 Tech Way, Suite 201
San Diego, CA 92123-1450
- Teléfono: 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711); fax: (858) 636-2256

Puede tramitar una reclamación en persona, por correo o por fax. También puede completar el formulario de reclamación o apelación en el sitio web del plan, en sharphealthplan.com. Si necesita ayuda, comuníquese con nuestro equipo de Servicio al Cliente al 1-855-562-8853. También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica mediante el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. También puede presentar la queja por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 1-800-368-1019 u 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.