

Formulario de inscripción en Sharp Direct AdvantageSM Basic (HMO) y Sharp Direct AdvantageSM Premium (HMO) para 2019

Completar este formulario es su primer paso para convertirse en miembro de Sharp Direct Advantage Medicare. Puede inscribirse por correo, por teléfono, en persona o en línea. Estos planes son exclusivos para empleados de Sharp HealthCare y sus dependientes elegibles para Medicare.

Si tanto usted como su cónyuge solicitan cobertura, deberán completar un formulario cada uno. Para obtener ayuda para completar el formulario de inscripción, 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 5. **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 Sharp Direct Advantage e información para nuevos miembros.



Formulario de inscripción en Sharp Direct Advantage Basic (HMO) y Sharp Direct Advantage Premium (HMO) para 2019

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: 802 _____

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 solicitada de entrada en vigor de la cobertura: MM/DD/AAAA (/ 01 /)

Nombre del empleador o del sindicato: Exempleados de Sharp HealthCare	N.º de grupo: 1002010
---	-----------------------

Marque el plan en el que desea inscribirse.

- Sharp Direct Advantage Basic (\$0 por mes; no incluye cobertura dental)
- Sharp Direct Advantage Basic (\$11 por mes; incluye el plan Dental Advantage de Delta Dental*)
- Sharp Direct Advantage Premium (\$59 por mes; no incluye cobertura dental)
- Sharp Direct Advantage Premium (\$70 por mes; incluye el plan Dental Advantage de Delta Dental*)

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo 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 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

Tenga a mano la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección. • 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 _____ BENEFICIOS HOSPITALARIOS (Parte A) _____ BENEFICIOS MÉDICOS (Parte B) _____ vigor _____
---	---

Debe contar con Medicare Parte A y Parte B para unirse a un plan Medicare Advantage.

* Delta Dental hace referencia a Delta Dental of California.

Lea y responda las siguientes preguntas importantes:

1. ¿Es usted empleado de Sharp HealthCare? Sí No

Si la respuesta es "Sí", indique la fecha de finalización del empleo (MM/DD/AA): _____ Si la respuesta es "No", indique el nombre de la persona jubilada: _____

2. Este plan de empleador, ¿les brinda cobertura a su cónyuge o a sus dependientes? Sí No

Si la respuesta es "Sí", indique el nombre del cónyuge: _____

Nombres de los dependientes: _____

3. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

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

Si le han transplantado 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.

5. 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: _____

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

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

7. ¿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: _____ Número de teléfono de la institución: _____

Dirección de la institución (calle y número): _____

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 en el futuro le envíemos 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 (los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

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 si corresponde a su caso.

Al marcar la casilla a continuación, 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 empleado o cónyuge/pareja/dependiente de un empleado de Sharp HealthCare y no soy empleado activo de Sharp HealthCare.

Si esta afirmación no corresponde a su caso o tiene dudas al respecto, comuníquese con Sharp Health Plan al 1-855-562-8853 para averiguar si es elegible para inscribirse (los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

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. Debe seguir pagando la prima de la Parte B.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame al plan. 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.

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 el inscrito:
Dirección:	Número de teléfono:()

Aviso de 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).
- Brinda 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 200, San Diego, CA 92123-1450.
- Teléfono: 1-855-562-8853 (TTY/TDD: 711).
Fax: 1-619-740-8572.

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, 800-537-7697 (TTY/TDD).

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