



Formulario de inscripción de grupo de empleador en Sharp Direct Advantage® para 2020-2021

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 necesita 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.

Este plan se encuentra habilitado para todos los jubilados de la ciudad de San Diego elegibles para Medicare y está patrocinado por San Diego Public Employee Benefit Association (SDPEBA). No es necesario ser miembro de SDPEBA para inscribirse en este plan. 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 el formulario firmado por correo a la siguiente dirección:
Sharp Health Plan, Medicare Dept.
8520 Tech Way, Suite 201
San Diego, CA 92123

Información importante

- Esta solicitud de Medicare es solo para cobertura individual. Si tanto usted como su cónyuge o dependiente solicitan cobertura, cada uno deberá completar un formulario de inscripción por separado.
- **Nota:** Si su cónyuge o dependiente no es elegible para Medicare, este deberá completar el formulario de inscripción para personas no elegibles para Medicare o para jubilados anticipados. Comuníquese con SDPEBA al 1-888-315-8027 o visite sdpeba.org para descargar el formulario de inscripción.

Jubilado de la ciudad de San Diego

¿Es usted el jubilado de la ciudad de San Diego? Sí. No.

Si no lo es, ¿es usted el cónyuge sobreviviente de un jubilado de la ciudad de San Diego? Sí. No.

Apellido del jubilado:

Nombre del jubilado:

Inicial del segundo nombre del jubilado:

¿Es usted elegible para Medicare?

- Sí. Si la respuesta es "Sí", complete la solicitud de inscripción de Medicare adjunta.
- No. Si la respuesta es "No", complete la solicitud de inscripción para jubilados anticipados. (1-888-315-8027/sdpeba.org)

Si la respuesta es "Sí", ¿solicita cobertura para su cónyuge o un dependiente?

- Sí. (Si la respuesta es "Sí", complete la sección a continuación). No.

Cónyuge o dependiente de jubilado de la ciudad de San Diego

Apellido:

Nombre:

Inicial del segundo nombre:

¿Es usted elegible para Medicare?

- Sí. Si la respuesta es "Sí", complete una solicitud de inscripción de Medicare adicional.
- No. Si la respuesta es "No", complete la solicitud de inscripción para jubilados anticipados. (1-888-315-8027/sdpeba.org)



Formulario de inscripción de grupo de empleador en Sharp Direct Advantage® para 2020-2021

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: 802 Fecha de recepción: _____ ICEP/IEP: _____ AEP: _____

SEP (tipo): No elegible: _____

N.º de PCP: _____ N.º de solicitud: _____

Para inscribirse en Sharp Direct Advantage, brinde la siguiente información:

Fecha de entrada en vigor de la cobertura: MM/DD/AA (/ 01 /)

Nombre del empleador o del sindicato: **San Diego Public Employee Benefit Association (SDPEBA)**

Quiero inscribirme en el siguiente plan:

Sharp Direct Advantage (HMO) (\$201 por mes) (81004)

Este plan es solo para los jubilados inscritos en Medicare. Si no es elegible para Medicare, comuníquese con SDPEBA para solicitar el formulario para personas no elegibles para Medicare al 1-888-315-8027 o visite www.SDMEA.org para descargarlo.

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

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:

Sí, deseo recibir novedades e información sobre el plan de salud por correo electrónico o mensaje de texto. (Pueden corresponder tarifas de mensajes y datos).

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 <u> </u> 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.

Lea y responda las siguientes preguntas importantes:

1. ¿Es usted el jubilado de la ciudad de San Diego? Sí. No.

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

2. ¿Solicita cobertura para su cónyuge o dependientes elegibles para Medicare con este plan de empleador o sindicato?

Sí. No. Si la respuesta es "Sí", indique el nombre del cónyuge o los dependientes: _____

Si quiere brindar cobertura a un cónyuge o dependiente elegible o no elegible para Medicare, este deberá completar una solicitud de inscripción por separado (de Medicare o de jubilado anticipado).

3. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí. No.

4. ¿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.

5. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, por ejemplo, otra cobertura privada, compensación para trabajadores, beneficios de la Administración de Veteranos (VA) o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además de Sharp Direct Advantage? 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: _____

6. ¿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): _____

7. Elija un médico de atención primaria (PCP): _____ ¿Es un paciente actual? Sí. No.

Nombre del PCP: _____ Grupo médico del PCP: _____

¿Necesita encontrar otro médico? Visite sharpmedicareadvantage.com/findadoctor para usar nuestra herramienta de búsqueda en línea.

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

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

9. ¿Qué tipo de cobertura de salud y compañía de seguros tiene actualmente?

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). Horario de atención: del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico); del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si llama después del horario de atención, será atendido por nuestro sistema de correo de voz y 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. 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.

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

Por lo general, es posible inscribirse en un plan Medicare Advantage solamente durante el período de inscripción anual para jubilados de la ciudad de San Diego elegibles para Medicare, que tiene lugar en junio 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 jubilado o cónyuge, pareja doméstica o dependiente de un jubilado de la ciudad de San Diego que se inscribe durante la inscripción abierta (del 1.º al 30 de junio de 2020).
- Soy nuevo en Medicare.
- Dejaré de recibir la cobertura de mi empleador o sindicato el (indique la fecha) _____.
- 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) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare.
- 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.
- 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) _____.

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/TDD deben llamar al 711) para averiguar si es elegible para inscribirse. Horario de atención: del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico); del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Si llama después del horario de atención, será atendido por nuestro sistema de correo de voz y un representante de Servicio al Cliente le devolverá la llamada el próximo día hábil.

Lea y firme a continuación

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Sharp Direct Advantage es un plan de Medicare Advantage y ha celebrado un contrato con el gobierno federal. Tendré la obligación de mantener la Parte A y la Parte B de Medicare. 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 de Medicare. Es mi responsabilidad informar al plan 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, el período de inscripción anual) o en determinadas circunstancias especiales.

Sharp Direct Advantage brinda servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que Sharp Direct Advantage 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 Direct Advantage, 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 Direct Advantage cuando la reciba para conocer qué reglas debo seguir a fin de obtener cobertura con este plan 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 Direct Advantage, debo obtener toda mi atención de salud de Sharp Direct Advantage, excepto los servicios de emergencia o urgencia o los servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios autorizados por Sharp Direct Advantage y demás servicios incluidos en la Evidencia de cobertura de Sharp Direct Advantage (también conocida como "contrato del miembro" o "contrato del suscriptor"). Sin autorización, **NI MEDICARE NI Sharp Direct Advantage 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 Direct Advantage, es posible que a ellos se les pague según mi inscripción en Sharp Direct Advantage.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, acepto que Sharp Direct Advantage 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 Direct Advantage 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: ()

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.

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).
- 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 presentar una reclamación personalmente, por correo o por fax. También puede completar el formulario de reclamación o apelación en el sitio web del plan, 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>. Además, 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>.

Servicios de asistencia en otros idiomas

English

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-359-2002 (TTY:711).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-359-2002 (TTY:711).

繁體中文 (Chinese)

注意：如果 使用繁體中文， 可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-359-2002 (TTY:711)。

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-359-2002 (TTY:711).

Tagalog (Tagalog – Filipino):

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-359-2002 (TTY:711).

한국어 (Korean):

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-359-2002 (TTY:711) 번으로 전화해 주십시오.

Հայերեն (Armenian):

Ուշադրություն: Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք 1-800-359-2002 (TTY (հեռատիպ)՝ 711).

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-359-2002 (TTY:711) تماس بگیرید.

Русский (Russian):

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-359-2002 (телетайп: 711).

日本語 (Japanese):

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-359-2002 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

عربي (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-359-2002 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi):

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-359-2002 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Mon Khmer, Cambodian):

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-359-2002 (TTY:711)។

Hmoob (Hmong):

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-359-2002 (TTY:711).

हिंदी (Hindi):

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-359-2002 (TTY:711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai):

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-359-2002 (TTY:711).