

# Formulario de selección del plan 2022

Deseo cambiarme de mi plan actual al plan que he seleccionado a continuación. Entiendo que si este formulario se recibe al final de cualquier mes, mi nuevo plan generalmente entrará en vigencia el 1.º del mes siguiente.

<b>Proporcione la siguiente información:</b>			
Fecha: MM/DD/AAAA		N.º de identificación del afiliado:	
Apellido:	Nombre:	Inicial de su segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Sra.
<b>Compruebe en qué plan desea inscribirse.</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Sharp Direct Advantage Basic</b> (\$0 de prima mensual, servicios dentales <u>no</u> incluidos) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Máximo de gastos de bolsillo anual \$3,400</li> <li>• Copago al médico de atención primaria \$5</li> <li>• Copago al especialista \$20</li> <li>• Copago de sala de emergencia \$50</li> <li>• Copago de pacientes hospitalizados \$125 por día, días 1-5</li> <li>• Coseguro del equipo médico duradero 20 %</li> </ul>			
<input type="checkbox"/> <b>Sharp Direct Advantage Basic con servicios dentales integrales</b> (\$13 de prima mensual, Dental Advantage a cargo de Delta Dental* incluido) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desembolso máximo anual \$3,400</li> <li>• Copago al médico de atención primaria \$5</li> <li>• Copago al especialista \$20</li> <li>• Copago de sala de emergencia \$50</li> <li>• Copago de pacientes hospitalizados \$125 por día, días 1-5</li> <li>• Coseguro del equipo médico duradero 20 %</li> </ul>			
<input type="checkbox"/> <b>Sharp Direct Advantage Premium</b> (\$62 de prima dental, servicios dentales <u>no</u> incluidos) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desembolso máximo anual \$3,400</li> <li>• Copago al médico de atención primaria \$5</li> <li>• Copago por consulta con especialista \$10</li> <li>• Copago de sala de emergencia \$50</li> <li>• Copago de pacientes hospitalizados \$50 por día, días 1-6</li> <li>• Coseguro de Equipo médico duradero 15 %</li> </ul>			
<input type="checkbox"/> <b>Sharp Direct Advantage Premium con servicios dentales integrales</b> (\$75 de prima mensual, Dental Advantage a cargo de Delta Dental* incluido) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desembolso máximo anual \$3,400</li> <li>• Copago al médico de atención primaria \$5</li> <li>• Copago por consulta con especialista \$10</li> <li>• Copago de sala de emergencia \$50</li> <li>• Copago de pacientes hospitalizados \$50 por día, días 1-6</li> <li>• Equipo médico duradero 15 % coseguro</li> </ul>			

\* Delta Dental se refiere a Delta Dental of California.

## Cómo pagar las primas del plan

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

Puede pagar su prima mensual del plan (incluidas las penalizaciones por inscripción tardía que tenga o pueda deber) 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 del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Las personas con ingresos limitados puede reunir los requisitos para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos bajo receta. Si resulta elegible, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidos primas mensuales de medicamentos bajo receta, deducibles anuales y coseguros. Además, quienes reúnan los requisitos no estarán sujetos a la brecha de cobertura ni a una multa por afiliación tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

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 para este beneficio. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubre.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

### 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 (EFT) desde su cuenta bancaria el 1.º día de cada mes. Si el 1.º día del mes cae en 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 o  Cuenta de ahorros

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Nombre del banco: \_\_\_\_\_

Número de enrutamiento bancario: \_\_\_\_\_

Número de cuenta bancaria: \_\_\_\_\_

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
- Braille, audio, letra grande

**Lea y firme a continuación**

Comuníquese con Sharp Health Plan al 1-855-562-8853 (los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 711) si necesita información en un formato accesible o en algún idioma que no se haya mencionado en la página anterior. Nuestro horario de atención desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre: atendemos 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.

**Firma:**

x

**Fecha de hoy:**

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

Nombre:

Dirección:

Relación con el afiliado:

Número de teléfono: (     )

**Envíe este formulario a:**

Sharp Health Plan  
Medicare Sales  
8520 Tech Way, Suite 201  
San Diego, CA 92123-1450

**Tiene preguntas?**

Estamos aquí para ayudarle. Llámenos al  
1-855-562-8853.