

## Página de Portada del Formulario de Solicitud de Inscripción

### ¿Quiénes pueden usar este formulario?

Los que tienen Medicare, que quieren afiliarse a un Plan Medicare Advantage

**Para afiliarse a un plan, tiene:**

- Que ser ciudadano de Estados Unidos o estar presente legalmente en E.E.U.U.
- Que vivir en el área de servicios del plan.

**Importante:** Para afiliarse a un plan Medicare Advantage, también tiene que tener ambas de las siguientes:

- La Parte A de Medicare (seguro de hospital)
- La Parte B de Medicare (seguro médico)

### ¿Cuándo uso este formulario?

Puede afiliarse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (la cobertura comienza el 1ro de enero)
- A partir de 3 meses de la fecha de obtener Medicare
- En ciertas situaciones, cuando se permite afiliarse a un plan o cambiar de plan

Visite por internet la dirección Medicare.gov para informarse más de cuando puede apuntarse en el plan.

### ¿Qué necesito para rellenar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que está en su tarjeta azul, blanca y roja de Medicare)
- Su dirección permanente y número telefónico

**Nota:** Tiene que rellenar todos los campos de la Sección 1. Rellenar los espacios de la Sección 2 es opcional — no se le puede negar la cobertura porque no los rellene.

### Recordatorios:

- Si quiere afiliarse a un plan durante la inscripción abierta del otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan tiene que recibir el formulario rellenado el 7 de diciembre, a más tardar.
- Su plan le enviará la cuenta de la prima del plan. Puede optar por apuntarse para que le descuenten los pagos de su prima de su cuenta bancaria, del pago mensual del Seguro Social (del pago de la Junta del Retiro Ferroviario).

### ¿Qué sucede seguidamente?

Envíe su formulario rellenado y firmado a:

Leon Health, Inc.  
P.O. Box 668230  
Miami, FL 33166

Una vez que se tramite su solicitud de afiliación, se comunicarán con usted.

### ¿Cómo se me ayuda en cuanto a este formulario?

Llame a Leon Health, Inc al **1-844-964-5366**. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al **711**.

O llame a Medicare, al 1-800- MEDICARE (**1-800-633-4227**) y oprima el 2 para asistencia en español. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**.

#### In English:

Call Leon Health, Inc. at 1-844-969-5366 (TTY users call 711) or Medicare toll-free at 1-800-633-4227. and a representative will be available to assist you.

**Sección 1 – Hay que rellenar todos los campos de esta página (a no ser que digan “opcional”)****Escoja el plan a que se quiere afiliar:**

- Leon MediExtra – \$0 al mes                       Leon MediDual – \$34.30 al mes  
 Leon MediMore – \$0 al mes

PRIMER nombre: \_\_\_\_\_ [Opcional: Letra inicial 2do nombre]: \_\_\_\_\_

APELLIDO: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: MM/DD/AÑO)  
(\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)Sexo:  
 M     FNúmero telefónico:  
(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_Residencia permanente, dirección (No escriba un “PO Box” o apartado):  
\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ [Opcional Condado]: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal, si es distinta a la de su dirección permanente) (Se permite P.O. Box):

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

**Su información de Medicare**

Número de Medicare: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Responda a estas preguntas importantes**¿Tendrá otra cobertura de medicamentos por receta (como VA, TRICARE) además de Leon Health?  Si  No

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_

Núm. de miembro de esta cobertura: \_\_\_\_\_ Núm. de grupo de esta cobertura: \_\_\_\_\_

*Para inscribirse en nuestro Plan de Necesidades Especiales, tiene que reunir los requisitos necesarios de los Programas de Ahorros de:*

- Medicaid     Medicaid (QMB, SLMB, QI)

**Su información de Medicaid**

Número de Medicaid: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: Lea y firme más abajo:**

- Es imprescindible que tenga Hospital (la Parte A) y Seguro Médico (la Parte B) para permanecer en Leon Health, Inc.
- Al afiliarme a este Plan Medicare Advantage, acepto que Leon Health, Inc. compartirá mi información con Medicare, que podrá usarla a fin de llevar cuenta de mi inscripción, hacer pagos y para los demás fines permitidos en las leyes federales que autorizan que se recopile esta información (ver más abajo la Declaración sobre la Ley de Privacidad).
- Sus respuestas de este formulario son voluntarias. Sin embargo, no responder podría afectar su inscripción en el plan.
- A mi buen saber y entender, la información de este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que si doy información falsa intencionalmente en este formulario, se me dará de baja del plan.
- Entiendo que, en general, los que tienen Medicare no los cubre Medicare mientras están fuera del país, a excepción de una cobertura limitada cerca de la frontera con Estados Unidos.
- Entiendo que cuando comience la cobertura de mi Leon Health, Inc., tengo que recibir de Leon Health, Inc. todos mis beneficios médicos y de medicamentos por receta. Se cubrirán los beneficios y servicios que aporta Leon Health, Inc. y que aparecen en el documento llamado “Evidencia de Cobertura” de Leon Health, Inc. (conocido también por “contrato con el miembro” o “acuerdo con el suscriptor”). Ni Medicare ni Leon Health, Inc. pagará los beneficios y servicios que no se cubren.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona que está autorizada legalmente para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si la firma el representante autorizado (descrito anteriormente), mediante esta firma se certifica:
  1. Que la ley del estado autoriza a esta persona a realizar esta inscripción.
  2. Y que los documentos correspondientes a esta autoridad se facilitan al pedirlos Medicare.

|   |                           |
|---|---------------------------|
| <b>Firma:</b>   | <b>Fecha de hoy:</b>      |
| Si usted es el representante autorizado, firme arriba y rellene estos campos: |                           |
| Nombre:   | Dirección:                |
| Número telefónico:  | Relación con el afiliado: |

### Sección 2 – Todos los campos de esta página son opcionales

**Responder a estas preguntas es opción suya. No se le puede negar la cobertura porque no respondió a ellas.**

¿Quiere que le enviemos información en español?  Si  No

Escoja una de las opciones, si quiere que le enviemos información en un formato accesible.

Braille  Letras grandes  Sonido en CD

Favor de comunicarse con Leon Health, Inc. at 1-844-964-5366 si necesita información en un formato accesible distinto a los que se señalan anteriormente. Nuestro Horario es de 8 de la mañana a 8 de la noche, los siete días de la semana, del 1ro de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes el resto del año. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja?  Si  No                      ¿Trabaja su esposo (a)?  Si  No

Indique quién es su médico primario (PCP), cuál es su clínica o centro de salud:

Número de Identificación del Proveedor:

### Cómo pagar las primas de su plan

Puede pagar su prima mensual, inclusive la multa por inscripción tardía que se le impuso actualmente o que debe, por correo o por medio de nuestro portal de pagos cada mes. **También puede optar por que se le pague su prima pidiendo que se la descuenten automáticamente de su pago mensual del Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario (conocida por “RRB”)** Puede usar nuestro portal de pagos.

**Si tiene que pagar una Suma Mensual de la Parte D por el Ajuste Relacionado con los Ingresos (conocido por “IRMAA de la Parte D”), es imprescindible que pague esta suma además de la prima de su plan.** La suma se suele descontar del pago de su Seguro Social, o Medicare (o el RRB) le puede mandar la cuenta. **NO le pague a Leon Health, Inc. la IRMAA de la Parte D.**

#### DECLARACIÓN SOBRE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (los “CMS”) recopilan información de los planes de Medicare para llevar cuenta de las inscripciones de los beneficiarios de los Planes Medicare Advantage (conocidos por “MA”), mejorar la atención médica y estar al tanto de los pagos de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan que se recopile esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar los datos sobre las inscripciones de los beneficiarios, según lo señalado en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) “Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)”, System No. 09-70-0588. Sus respuestas en este formulario son voluntarias. Sin embargo, dejar de responder podría afectar su inscripción en el plan.

**Normalmente, usted se puede inscribir en un plan Medicare Advantage solamente durante el período de inscripción anual desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año.** Hay excepciones por las que se permite que se inscriban en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Favor de leer atentamente las afirmaciones siguientes y marque el espacio si la afirmación se aplica a usted. Al marcar cualquiera de los espacios siguientes, usted certifica que, a su buen saber y entender, se encuentra apto para el Período de Inscripción. Si determinamos más tarde que esta información es equivocada, se le podría dar de baja.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (conocido por "MA OEP").
- Hace poco que me mude fuera del área de servicios de mi plan actual o me mudé hace poco, y este plan es opción nueva para mí. Me mudé el día (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- Hace poco que estaba en la cárcel y se me dio la libertad. Me dejaron en libertad el día (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- Hace poco que regresé a Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de E.E.U.U. Regresé a E.E.U.U. el día (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- Hace poco que obtuve el estatus de presencia legal permanente en Estados Unidos. Se me dio el estatus el día (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- Hace poco que tuve un cambio en mi Medicaid (acabo de recibir Medicaid, se me hizo un cambio en el nivel de ayuda de Medicaid o perdí Medicaid el día (inserte la fecha) \_\_\_\_\_).
- Hace poco que tuve un cambio en mi Ayuda Adicional en pagar la cobertura de medicamentos por receta de Medicare (acabo de recibir la Ayuda Adicional, se me hizo un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional el día (inserte la fecha) \_\_\_\_\_).
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo la Ayuda Adicional en pagar mi cobertura de medicamentos por receta de Medicare, pero no se me ha hecho cambio.
- Me mudo a un Centro de Cuidados a Largo Plazo, vivo allí o hace poco que me mudé de allí (por ejemplo, una residencia de ancianos o centro de cuidados a largo plazo). Me mudé al centro/me mudaré a allí/ me mudaré de allí el día (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- Hace poco que me fui de un programa PACE el día (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.

- Hace poco que perdí involuntariamente mi cobertura acreditada de medica-mentos por receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el día (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- Dejo la cobertura del empleador o la del sindicato el día (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- Pertenezco a un programa de ayuda en farmacia que me da mi estado.
- Mi plan termina su contrato con Medicare, o Medicare termina su contrato con mi plan.
- Estuve inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero escoger un plan distinto. Mi inscripción en ese plan comenzó el día (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (conocido por "SNP"), pero he perdido los requisitos por necesidad especial necesarios para estar en ese plan. Se me dio de baja del Plan de Necesidades Especiales el día (inserte la fecha) \_\_\_\_\_.
- Fui afectado por una emergencia o catástrofe grande (declarada por la Agencia Federal de Gestión de Emergencias [conocida por "FEMA"] o por una entidad del gobierno federal, estatal o local). Una de las demás afirmaciones de aquí se aplicó a mí, pero no pude presentar mi solicitud de inscripción debido a la catástrofe.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted o no está seguro, favor de comunicarse con Leon Health, Inc. al 1-844-964-5366 (Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711) a fin de averiguar si está apto para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8 de la mañana a 8 de la noche, los siete días de la semana, del 1ro de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes el resto del año.

Leon Health es un plan HMO que tiene contrato con Medicare.  
Inscribirse en Leon Health, Inc. depende de que se renueve el contrato.