



2026

Guía para inscribirse en Medicare Advantage

1º de enero - 31 de diciembre





BIENVENIDO 2

INSCRIPCIÓN

Lista de verificación de preinscripción 3

Formulario de confirmacion de cita con el agente de ventas 5

Solicitud de inscripción 7

Nombramiento de un representante 14

Autorización para el Uso y/o Divulgación de Información

Protegida de Salud. 16

Información sobre su solicitud **Contraportada**

Bienvenido a Leon Health, Inc.

Acerca de Leon Health

LEON Health fue creado en 2022 por Benjamín León, Jr., un innovador en el cuidado de la salud. Es un plan Medicare Advantage que trabaja exclusivamente con Leon Medical Centers en el condado de Miami-Dade para brindar a personas mayores y elegibles con discapacidades atención completa y los beneficios que necesitan para mejorar su salud y bienestar.

Leon Health ofrece cuatro planes diferentes, diseñados para adaptarse a las necesidades de cada miembro. En coordinación con los servicios de Leon Medical Centers y con una gran red de profesionales de la salud que atienden a casi 40,000 beneficiarios de Medicare, Leon está transformando la manera de cuidar la salud, con un sistema coordinado e integral.

La familia León ha cuidado la salud y el bienestar de la comunidad de Miami-Dade por más de 50 años. Hoy continúa invirtiendo en innovación, en la capacitación de médicos, en la expansión de centros y servicios, y en un plan de salud creado especialmente para nuestra comunidad de Medicare, con el propósito de mejorar la vida de nuestros miembros.

¿Necesita Ayuda?

LLAME

Al Departamento de Servicios a Miembros al **1-844-969-5366** o al **305-541-5366**.

Los usuarios del sistema TTY deben llamar al **711**.

Nuestro horario de atención es de 8 de la mañana a 8 de la noche, los siete días, desde el 1ro de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes el resto del año.

VISITE

www.leonhealth.com

Lista de verificación de preinscripción

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que entienda por completo nuestros beneficios y reglas. Si quiere preguntar algo, puede llamar y hablar con un representante de servicio a los miembros al **1-844-969-5366** o al **305-541-5366 (Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711)**. Nuestro horario de atención es de 8 de la mañana a 8 de la noche, los siete días, desde el 1ro de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes el resto del año.

ENTENDIENDO LOS BENEFICIOS

- Revise la lista completa de beneficios que está en la Evidencia de Cobertura (conocida por "EOC"), sobre todo los servicios por los que se suele ver con el médico. Visite por internet la dirección www.LeonHealth.com o llame al 1-844-969-5366 para enviarle un ejemplar de la Evidencia de Cobertura.
- Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias (o pídaselo a su médico) para asegurarse de que los médicos con los que usted se ve están en nuestra red. Si no están en la lista, eso quiere decir que posiblemente tenga que escoger otro médico.
- Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que va por cualquier medicamento por receta está en la red. Si la farmacia no está en la lista, eso quiere decir que posiblemente tenga que escoger otra farmacia para obtener sus medicamentos por receta.
- Revise la lista de medicamentos o formulario para asegurarse que sus medicamentos estén cubiertos.

ENTIENDA LAS REGLAS IMPORTANTES

- Efecto en la cobertura actual. Si actualmente estás inscrito en un plan de Medicare Advantage, su cobertura actual de atención médica de Medicare Advantage terminará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene TRICARE, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Por favor, comuníquese con TRICARE para obtener más información. Si tiene un plan de Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza de Medigap porque estará pagando por una cobertura que no podrá utilizar.
- Además de la prima mensual de su plan, tiene que seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Normalmente, esta prima se le descuenta todos los meses de su cheque del Seguro Social. Puede que los inscritos en Leon MediDual (D-SNP) y Leon MediMax (HMO D-SNP) no estén sujetos a la prima de la Parte B de Medicare. Cuando se trata de aquellos afiliados que han elegido inscribirse en Leon MediMore (HMO), Leon Health cubrirá hasta \$185 de su prima mensual de la Parte B. La suma de la prima se le reembolsará en su cheque mensual del Seguro Social. Este proceso suele tardar 90 días.

- Los beneficios, primas y/o copagos/coaseguros podrán cambiar el 1ro de enero del 2027.
- A excepción de situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios que prestan los proveedores que están fuera de la red (los médicos que no aparecen en el Directorio de Proveedores y Farmacias).
- Leon MediDual y Leon MediMax son planes de necesidades especiales en los que se pueden inscribir pacientes que reúnen ambos grupos de requisitos (D-SNP). Su capacidad de inscribirse se basará en verificar que tiene el derecho a Medicare y al de asistencia médica de un plan estatal de Medicaid.

Formulario de confirmación de cita con el agente de ventas

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (conocido por los “CMS”) exigen que los agentes documenten el alcance de la cita de marketing antes de cada reunión de venta para garantizar que se entienda de qué se va a hablar entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información divulgada en este formulario es confidencial y lo debe rellenar cada beneficiario de Medicare o su representante autorizado. Favor de poner a continuación sus iniciales al lado del (de los) tipo(s) de producto que quiere que le explique el agente.

PLANES INDEPENDIENTES DE MEDICAMENTOS POR RECETA DE MEDICARE (PARTE D)

Plan de medicamentos por receta de Medicare (conocido por “PDP”) - Es un plan independiente que añade la cobertura de medicamentos por receta al Plan de Medicare Original, a algunos planes de costo de Medicare, a algunos planes administrados por aseguradoras privadas de pago de honorarios por servicios y a algunos planes de cuentas de ahorros para gastos médicos de Medicare.

PLANES MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C) Y PLANES DE COSTO

Organización de mantenimiento de la salud de Medicare (conocida por “HMO”) - Es el plan Medicare Advantage que tiene que cubrir toda la atención médica de la Parte A y de la Parte B. En la mayoría de las HMO, sólo se puede ir a médicos, especialistas u hos-pitales de la red del plan, a excepción de algún caso de emergencia.

Plan de puntos de servicios de organización de mantenimiento de salud de Medicare (conocido por “HMO-POS”) - Es el tipo de plan Medicare Advantage que está disponible en un área local o regional en que se combinan las mejores prestaciones de la HMO con un beneficio fuera de la red. Al igual que en las HMO, los miembros tienen que escoger a un médico de la red para que sea el médico primario. Puede ir, por un costo adicional, a médicos, hospitales y proveedores que están fuera de la red.

Plan de organización de proveedores preferidos de Medicare (conocido por “PPO”) - Es el tipo de plan Medicare Advantage que está disponible en un área local o regional en el que se paga menos si uno va a los médicos, hospitales y proveedores que pertenecen a la red. Puede ir, por un costo adicional, a médicos, hospitales y proveedores que están fuera de la red.

Plan administrado por aseguradora privada de honorarios por servicio (conocido por “PFFS”) - Es el tipo de plan Medicare Advantage en que se puede ir a cualquier médico hospital aprobado por Medicare que acepta los pagos, términos y condiciones del plan.

Plan de necesidades especiales de Medicare (conocido por “SNP”) - Es el tipo es-pecial de plan Medicare Advantage que les brinda una atención médica más focalizada y especializada a ciertos grupos de personas, tales como aquéllas que tienen tanto Medicare como Medicaid, las que viven en una residencia de ancianos o las que padecen ciertas enfermedades crónicas.

Plan de cuenta de ahorros para gastos médicos (conocido por “MSA”) - En los planes MSA se combinan un plan Medicare Advantage, cuyo deducible es alto, y una cuenta bancaria. Por medio del plan, se deposita dinero de Medicare en la cuenta. Se puede utilizar en pagar los gastos médicos hasta que se satisfaga el deducible.

Plan de costos de Medicare - Es un tipo de plan de salud. Si está afiliado a un plan de costos de Medicare y recibe servicios, sin referido, fuera de la red del plan, los servicios que le cubre Medicare a usted los pagará el plan Medicare Original (su plan de costos paga los servicios de emergencia o los servicios necesitados con urgencia).

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un agente de venta para hablar de los tipos de producto a los que usted puso sus iniciales anteriormente. Favor de tomar nota: La persona que hablará de los productos es empleada de un plan Medicare o está contratada por el mismo. No le trabaja directamente al gobierno federal. Puede que a esta persona también se le pague según su inscripción en el plan. Firmar este formulario NO lo obliga a inscribirse en el plan, ni lo inscribe en ningún plan Medicare.

Firma del beneficiario o del representante autorizado y fecha de la firma:	
Firma:	Fecha de firma:
Si usted es el representante autorizado, favor de firmar arriba y escriba en letras de molde abajo:	
Nombre del representante:	Su relación o parentesco con el beneficiario:
El agente debe rellenar lo siguiente:	
Fecha de la cita:	
Nombre del agente:	Nro. telefónico del agente:
Nombre del beneficiario:	Nro. telefónico del beneficiario:
Dirección del beneficiario:	
Método inicial de contacto: (Indique aquí si el beneficiario llegó sin previa cita):	
Firma del agente:	
Plan o planes representados por el agente durante esta reunión:	Fecha en que se realizó la cita:
[Para el uso del Plan solamente]	
Sr. o Sra. Agente, si el beneficiario firmó el formulario en el momento de la cita, explique por qué no se documentó el SOA al menos 48 horas antes de la misma:	

Página inicial de la solicitud de inscripción



OMB No. 0938-1378 (Vence:12/31/2026)

¿QUIÉN PUEDE UTILIZAR ESTE FORMULARIO?

Los que tienen Medicare y quieren afiliarse a un plan Medicare Advantage.

Requisitos para afiliarse al plan:

- Ser ciudadano americano o estar presente legalmente en EE.UU.
- Vivir en el área de servicios del plan

Importante: Para afiliarse al plan Medicare Advantage, es obligatorio tener ambas:

- La Parte A de Medicare (Seguro hospitalario)
- La Parte B de Medicare (Seguro médico)

¿CUÁNDO UTILIZO ESTE FORMULARIO?

Puede afiliarse al plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (la cobertura comienza el 1ro de enero)
- A los 3 meses de tener por primera vez Medicare
- En ciertas situaciones en que se le permite afiliarse a planes o cambiarse de plan

Visite Medicare.gov para informarse más de cuándo puede apuntarse en el plan.

¿QUÉ NECESITO PARA RELLENAR ESTE FORMULARIO?

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

Nota: Tiene que rellenar todos los espacios de la Sección 1. Es opcional rellenar los espacios de la Sección 2 – no se le puede negar la cobertura porque no los rellenó.

RECUERDE

- Si quiere afiliarse a un plan durante el período de inscripción abierta del otoño (desde el 15 de octubre hasta el 7 de

RECUERDE (continues)

diciembre), el plan tiene que recibir su formulario relleno antes del 7 de diciembre.

- Su plan le mandará la cuenta de la prima del plan. Puede decidir apuntarse para que los pagos de su prima se descuenten de su cuenta bancaria o de su pago mensual del Seguro Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario).

¿QUÉ SUCEDE DESPUÉS?

Una vez que lo rellene y firme, envíe su formulario a:

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

Se comunicarán con usted después que se tramite su solicitud de afiliación.

¿CÓMO SE ME AYUDA A RELLENAR ESTE FORMULARIO?

Llame a Leon Health, Inc. al 1-844-969-5366. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711; o llame al Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En inglés: Llame a Leon Health, Inc. al 1-844-969-5366 / TTY: 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 1 para asistencia en inglés, y un representante estará disponible para asistirle.

PERSONAS SIN TECHO

- Si quiere afiliarse a un plan, pero no tiene domicilio permanente, el apartado postal, la dirección del albergue o clínica o la dirección en que recibe el correo (por ejemplo, los cheques del Seguro Social) puede considerarse la dirección de su domicilio permanente.

Según la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, nadie tiene que responder a ninguna solicitud de recopilación de información, a no ser que en ella se exhiba el número de control OMB vigente. El número de control OMB vigente que corresponde a esta solicitud de recopilación de información es el 0938-1378. Se calcula que el promedio para responder suministrando la información solicitada es de 20 minutos, inclusive el tiempo para examinar las instrucciones, buscar en los recursos actuales para conseguir los datos, rellenar aportando la información y revisarla con miras a que se recopile. Si desea comentar algo concerniente a la exactitud del tiempo calculado o hacer sugerencias para mejorar este formulario, favor de escribir a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni nada que contenga su información personal (como reclamaciones, pagos, historias clínicas, etc.) a la PRA Reports Clearance Office. Se destruirá todo lo que recibamos que no tenga que ver con cómo mejorar este formulario con el trabajo que implica aportar la información que se pretende recopilar (lo que se resume en el documento con el número OMB 09381378). No se guardará, ni se examinará, ni tampoco se remitirá al plan. Consulte en esta página el encabezamiento denominado “¿Qué sucede seguidamente?” para ver cómo enviarle al plan su formulario después que lo rellene.

IMPORTANTE: Leer y firmar a continuación:

Se cubrirán los beneficios y servicios que aporta Leon Health, Inc. y que constan en la Evidencia de Cobertura de Leon Health, Inc. (conocida también por “contrato con el miembro” o “convenio con el abonado”). Ni Medicare, ni Leon Health, Inc. pagará ningún beneficio ni servicio que no esté cubierto.

- A mi buen saber y entender, la información que consta en este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que se me dará de baja del plan, si en este formulario doy información falsa intencionalmente.
- Entiendo que mi firma en esta solicitud (o la firma de quien está autorizado legalmente para actuar en mi nombre) significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si la firma el (la) representante autorizado(a) (descrito(a) anteriormente), por dicha firma se certifica a:
 1. Que esta persona la autoriza la ley del Estado para realizar esta inscripción.
 2. Y que los documentos de dicha autorización estarán a la disposición de Medicare cuando los pida.

Firma:	Fecha de hoy:
Nombre:	Dirección:
Número telefónico:	Relación o parentesco con el (la) afiliado(a):

Sección 2 – Todos los campos de esta página son opcionales

Responder a estas preguntas es opcional. No se le puede negar la cobertura por no responderlas

Escoja uno, si quiere que le enviemos la información en un idioma distinto al español.

Inglés

Escoja uno, si quiere que le enviemos información en un formato accesible.

Braille Letras grandes CD con Audio CD de Datos

Favor de comunicarse con Leon Health, Inc. al 1-844-969-5366, si necesita información en un formato accesible distinto a los señalados anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 de la mañana a 8 de la noche, los siete días, desde el 1ro de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes el resto del año. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja? Si No ¿Su esposo(a) trabaja? Si No

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

Sección 2 – Todos los campos de esta página son opcionales

¿Es usted un miembro existente de este PCP? Si No

Número de ID del proveedor:

Quiero recibir los materiales siguientes por correo electrónico. Escoja uno o más:

- Directorio de proveedores y farmacias
- Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés)
- Formulario completo
- Resumen de beneficios
- Evidencia de cobertura (conocida por EOC, por sus siglas en inglés)
- Programa de beneficios dentales
- Catálogo de medicamentos sin receta y productos para su salud (conocidos por “OTC”)

Dirección de correo electrónico: _____

Pago de las primas de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que pueda adeudar) por correo o a través de nuestro portal de pagos cada mes. **También puede elegir pagar su prima pidiendo que se la descuenten automáticamente, todos los meses, de su pago del Seguro Social (conocido por “SSA”) o Junta de Retiro Ferroviario (conocida por “RRB”).**

Recibir la cuenta o Descuento automático del: SSA RRB

Si tiene que pagar la cantidad por el ajuste mensual de la Parte D por ingresos (conocida por “IRMAA de la Parte D”), es obligatorio que pague esta suma adicional además de la prima de su plan. NO le pague a Leon Health, Inc. el IRMAA de la Parte D.

Solo para personas que ayudan al afiliado a completar este formulario

Complete esta sección si es un individuo (es decir, agentes, corredores, consejeros de SHIP, familiares u otros terceros) ayudando a un afiliado a completar este formulario.

Nombre:	Relacion al afiliado:
Firma:	National Producer Number (Solo para Agentes/Brokers):
Fecha de recibo:	

DECLARACIÓN SOBRE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para estar al tanto de las inscripciones de beneficiarios en los planes Medicare Advantage, mejorar la atención y hacer 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 la recopilación de esta información. Los CMS podrán aprovechar, divulgar e intercambiar los datos de los beneficiarios de Medicare según se señala en el Aviso de Sistemas de Documentación (conocido por “SORN”) denominado “Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)” (Medicamentos por receta de Medicare Advantage (MARx)), Sistema No. 09-70-0588. Es voluntario dar las respuestas de este formulario. Sin embargo, dejar de responder podría afectar su inscripción en el plan.

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

Normalmente, usted se puede inscribir en el plan Medicare Advantage únicamente durante el período de inscripción anual, desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Hay excepciones por las cuales se le permitiría inscribirse en el plan Medicare Advantage fuera de este período.

Favor de leer atentamente las afirmaciones siguientes y marque la casilla correspondiente, si la afirmación tiene que ver con usted. Al marcar cualesquiera de las casillas siguientes, usted certifica que, a su buen saber y entender, se encuentra apto para participar en el Período de Inscripción. Si más tarde determinamos que esta información está equivocada, podríamos darle de baja.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el
- Período de Inscripción Anual de Medicare Advantage (conocido por “MA OEP”).
- Me acabo de mudar fuera del área de servicio de mi plan actual, o me mudé hace poco y tengo nuevas opciones disponibles. Me mudé el (intercale la fecha) _____.
- Hace poco que me dejaron en libertad de la cárcel. Me dejaron en libertad el (intercalar la fecha) _____.
- Hace poco que regresé a Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de Estados Unidos. Regresé a EE.UU. el (intercale la fecha) _____.
- Hace poco que obtuve el estatus de presencia legal en Estados Unidos. Obtuve este estatus el (intercale la fecha) _____.
- Hace poco que tuve un cambio en mi Medicaid (acabo de obtener Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (intercale la fecha) _____.
- Hace poco que tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos por receta de Medicare (acabo de recibir la Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de la Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (intercale la fecha) _____.
- Tengo Medicare y recibo todos los beneficios de Medicaid. Quiero inscribirme en un plan, o cambiarme a uno, que coordine la cobertura entre mis planes de atención administrada de Medicare y Medicaid (llamado Plan Especial de Necesidades Duales Integrado, o D-SNP, por sus siglas en inglés)..
- Me mudo a un centro de cuidados a largo plazo, vivo allí o me acabo de mudar de allí (por ejemplo, una residencia de ancianos o centro de cuidados a largo plazo). Me mudé, me mudaré al centro, me mudé o me mudaré del mismo el (intercale la fecha) _____.
- Hace poco que me fui de un programa PACE, ocurrió el (intercale la fecha) _____.

- Hace poco que perdí involuntariamente mi cobertura acreditada de medicamentos por receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (intercale la fecha) _____.
- Dejo la cobertura del empleador o la del sindicato el (intercale la fecha) _____.
- Estoy inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado, o estoy perdiendo la ayuda de dicho programa.
- Mi plan termina su contrato con Medicare, o Medicare termina su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan distinto. Mi inscripción en ese plan comenzó el (intercale la fecha) _____.
- Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (conocido por “SNP”), pero he dejado de cumplir con los requisitos necesarios para estar en ese plan. Se me dio de baja del Plan de Necesidades Especiales el (intercale la fecha) _____.
- Quede afectado(a) por una emergencia o una catástrofe grande (declarada como tal por la Agencia de Manejo de Emergencias Federales (conocida por “FEMA”) o por una entidad del gobierno local, estatal o federal). Una de las demás afirmaciones que se hacen aquí tienen que ver conmigo, pero no pude presentar mi solicitud de inscripción debido a la catástrofe.
- Pago una prima por la Parte A y me inscribí en la Parte B durante el Período de Inscripción General (del 1 de enero al 31 de marzo de cada año). Quiero unirme a un plan de medicamentos de Medicare (Parte D) o a un Plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos.
- Me inscribí en la Parte A (Seguro de Hospital) o la Parte B (Seguro Médico) durante un Período de Inscripción Especial al que calificué debido a una circunstancia de excepción. Quiero unirme a un Plan Medicare Advantage (con o sin cobertura de medicamentos).
- Me inscribí en la Parte A (Seguro de Hospital) o la Parte B (Seguro Médico) durante un Período de Inscripción Especial al que calificué debido a una circunstancia excepcional. Quiero unirme a un plan de medicamentos de Medicare (Parte D).

Si ninguna de estas afirmaciones tiene que ver con usted o no está seguro(a), favor de comunicarse con Leon Health, Inc. al 1-844-969-5366 (Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711) para ver si está apto para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8 de la mañana a 8 de la noche, los siete días, desde el 1ro de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes el resto del año.

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-844-969-5366 (TTY: 711) or speak to your provider.

Nombramiento de Representante

Utilice este formulario para nombrar a un representante para actuar en su nombre para su reclamación, apelación, queja o petición. Al firmar este formulario y nombrar a este representante, usted acepta que el representante será el contacto principal y tendrá autoridad para hacer peticiones, presentar pruebas, obtener información y recibir toda comunicación sobre su acción. Esta persona puede ver su información médica personal. **Todos los campos en las Secciones 1 y 2 son obligatorios, a menos que se indique que son opcionales.**

Sección 1: Información sobre la persona que nombra al representante

El paciente, proveedor u otra persona que nombra al representante debe completar esta sección.

Nombre	Número de Medicare o Identificador de Proveedor Nacional		
Dirección	Teléfono (con código de área) () -		
Ciudad	Estado ()	Código postal ()	
Correo electrónico (opcional)	Fax (opcional) () -		
Firma	Fecha (mm/dd/yyyy) / /		

Sección 2: Información sobre el representante

El representante debe completar esta sección.

Nombre del Representante			
Estado o relación profesional con la persona en la Sección 1 (abogado, pariente, etc.)			
Dirección	Teléfono (con código de área) () -		
Ciudad	Estado ()	Código postal ()	
Correo electrónico (opcional)	Fax (opcional) () -		

Al firmar abajo, usted acepta actuar como representante y certifica que no se le ha descalificado, suspendido o prohibido la práctica ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés), ni se le ha descalificado para actuar como representante. Toda tarifa a ser cobrada por actuar como representante podría ser sujeta a la revisión y aprobación del Secretario. Si usted cobrará una tarifa, consulte las instrucciones en la página 2.

Firma	Fecha (mm/dd/yyyy) / /
-------	---------------------------

Llenar las secciones siguientes, si aplican (vaya a las instrucciones en página 2)

Sección 3: Renuncia de Tarifa por Representación

Proveedores y suplidores que proporcionaron los artículos o servicios en cuestión no pueden cobrar una tarifa por representación y deben firmar abajo para renunciar a la tarifa. Representantes que optan por renunciar a su tarifa por representación deben firmar abajo, también. **Renuncio a mi derecho a cobrar y recibir una tarifa por representar a la persona en la Sección 1 ante el Secretario de HHS.**

Firma del representante	Fecha (mm/dd/yyyy) / /
-------------------------	---------------------------

Sección 4: Renuncia de Pago por Artículos o Servicios en Cuestión

Si usted es un proveedor o suministrador y proporcionó artículos o servicios al paciente al cual representa, si la apelación implica una duda de si usted o el paciente tenían conocimiento, o no se podría esperar supiera de forma razonable, que Medicare no cubriría los artículos o servicios. **Renuncio mi derecho a recibir el pago del paciente por los artículos o servicios en cuestión en esta apelación si se tomara una determinación de responsabilidad en el marco del §1879(a)(2) de la Ley.**

Firma del representante	Fecha (mm/dd/yyyy) / /
-------------------------	---------------------------

Instrucciones y Requisitos de las Regulaciones

Instrucciones

Todos los campos en las Secciones 1 y 2 son obligatorios, a menos que se indique que son “opcionales”. Si la persona o entidad que nombra a un representante no tiene un número de Medicare o Identificador de Proveedor Nacional, escriba “no corresponde”. Véase la regulación en 42 CFR 405.910: [ECFR.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-405/subpart-I/section-405.910](https://www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-405/subpart-I/section-405.910) (en inglés).

Renuncia de Tarifa por Representación Sección 3 es obligatoria cuando el representante tiene la obligación, o ha aceptado, renunciar o no cobrar ninguna tarifa por su representación. Renuncia de Pago por Artículos o Servicios en Cuestión Sección 4 es obligatoria si el proveedor o suministrador que proporcionó artículos o servicios al paciente representa al paciente y la responsabilidad (conocimiento de la no cobertura) en el marco de §1879(a)(2) de la Ley es una cuestión en la apelación. Véase 42 CFR 405.910(f).

Se considera que el nombramiento de representante es válido por un año a partir de la fecha en que la persona que nombra al representante y el representante nombrado firman este formulario. Se puede usar el formulario cumplimentado en otras apelaciones o acciones durante el período de un año en el cual sigue válido. A menos que se revoque, la representación es válido por la duración de la reclamación, apelación, queja o petición por la cual se presentó.

Cobro de tarifas por representar a pacientes ante el Secretario de HHS

Un abogado u otro representante de un paciente que desea cobrar una tarifa por los servicios brindados en conexión con una apelación ante el Secretario de HHS (es decir, una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés) o revisión por abogado árbitro de la Oficina de Audiencia y Apelaciones (OMHA, por sus siglas en inglés) de Medicare, revisión por el Consejo de Apelaciones de Medicare o un procedimiento ante OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare a causa de una disposición de la corte federal de distrito) está obligado a obtener la aprobación de la tarifa, de acuerdo con 42 CFR 405.910(f).

El representante debe completar el formulario OMHA-118, “Petición para Obtener Aprobación de una Tarifa por Representar a un Beneficiario” y presentarlo con la solicitud de audiencia ALJ, revisión de OMHA o solicitud de revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare. No se requiere la aprobación de tarifas en las siguientes situaciones: (1) el apelante está representado por un proveedor o suministrador; (2) la tarifa es por servicios brindados en una capacidad oficial, tal como un tutor legal, comité u otro representante similar que fuera nombrado por un juez, y el juez ha aprobado la tarifa; (3) la tarifa es por representar al paciente en un procedimiento en la corte federal de distrito o (4) la tarifa es por representar al paciente en una redeterminación o reconsideración. Se permite a los representantes renunciar su tarifa, si así desean. Obtenga el formulario OMHA-118 aquí: [HHS.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf](https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf)

Un proveedor o suministrador que brindó los artículos o servicios a un paciente con Medicare que son objeto de la apelación pueden representar al paciente en la apelación, pero el proveedor o suministrador no puede cobrar al beneficiario ninguna tarifa por la representación. (42 CFR 405.910(f)(3).)

Aprobación de tarifa

El requisito de aprobación de tarifa asegura que el representante reciba un pago justo por sus servicios y que las tarifas sean razonables para los pacientes. Antes de aprobar una tarifa solicitada, OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare considerará la naturaleza y el tipo de los servicios brindados, la complejidad del caso, el nivel de habilidad o competencia que se necesita, la cantidad de tiempo dedicado al caso, los resultados logrados, el nivel de revisión administrativa que se necesita y la cantidad de la tarifa solicitada.

Conflicto de interés

Las Secciones 203, 205 y 207 del Título XVIII del Código de los Estados Unidos indican que será un delito para ciertos agentes y empleados actuales y anteriores de los Estados Unidos brindar ciertos servicios en asuntos que afectan al gobierno o ayudar o asistir en proseguir reclamaciones contra los Estados Unidos. Individuos con un conflicto de interés quedan excluidos de servir como representantes de pacientes ante HHS.

A dónde debe enviar este formulario

Envíe este formulario al mismo lugar donde envía su reclamación, apelación, queja o solicitud.

Obtenga ayuda y más información

Para preguntas sobre este formulario, comuníquese con su plan de Medicare o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Usted tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como impreso en letras grandes, en braille o en audio. También tiene derecho a presentar una queja si considera que se le ha discriminado. Para obtener más información, visite [es.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.es.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Divulgación de acuerdo con PRA: De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona estará obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0950. El tiempo necesario para preparar y distribuir esta recopilación es 15 minutos por aviso, incluyendo el tiempo para seleccionar el formulario impreso, completarlo y entregarlo al beneficiario. Si tiene comentarios sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Instrucciones para completar el formulario de autorización de miembro

- 01** Escriba su apellido, nombre e iniciales del segundo nombre
- 02** Número de identificación de la póliza de Leon Health
- 03** Escriba su fecha de nacimiento en este formato: MM/DD/AAAA
- 04** Escriba su dirección postal completa, incluyendo la calle y apartamento, si corresponde
- 05** Escriba su ciudad, estado y código postal completo
- 06** Escriba su número de teléfono durante día (incluyendo el código de área)
- 07** Escriba el nombre completo de la persona o entidad a la que desea que entreguemos su información
- 08** Escriba la dirección postal completa de su representante autorizado
- 09** Escriba la ciudad, estado y código postal de su representante autorizado
- 10** Esta sección nos indica qué información desea que liberemos
- 11** Tenga en cuenta la fecha efectiva a partir de la cual este formulario será válido. (MM/DD/AAAA)
- 12** Tenga en cuenta la fecha de caducidad de este formulario. (MM/DD/AAAA)
- 13** Firme su nombre y ponga la fecha en el formulario. Su nombre y firma deben coincidir con la información en la sección de Información del miembro.
- 14** Complete esta sección solamente si está firmando en representación de otra persona y tiene la autoridad legal para hacerlo, como cuando se cuenta con un poder notarial. (De lo contrario, esta sección debe dejarse en blanco).

Información sobre el miembro		
Nombre del miembro:	Núm. de identificación del miembro:	Fecha de nacimiento:
Dirección, número y calle:		Ciudad, estado, código postal:
Número de Teléfono:		

Al rellenar y firmar este formulario, usted autoriza a Leon Health, Inc. a divulgar información protegida sobre su estado de salud a las personas, agencias u organizaciones señaladas a continuación:	
Primera(s) persona(s), agencia(s) u organización(es)	Segunda(s) persona(s), agencia(s) u organización(es)
Dirección(es), número(s) y calle(s)	Dirección(es), número(s) y calle(s)
Ciudad, estado, código postal	Ciudad, estado, código postal
Número de Teléfono (incluyendo código de área):	Número de Teléfono (incluyendo código de área):

INFORMACIÓN QUE DEBERÁ USARSE O DIVULGARSE	
A continuación, se encuentra la descripción específica de la información sobre mi estado de salud que autorizo a que se use y/o divulgue:	
Solicito y autorizo específicamente que se divulgue la información siguiente: [Marque todo lo que aplique]	
<input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Información sobre la inscripción y baja <input type="checkbox"/> Información sobre reclamaciones <input type="checkbox"/> Información sobre referidos/autorizaciones <input type="checkbox"/> Documentación sobre beneficios <input type="checkbox"/> Información financiera (económica) <input type="checkbox"/> Diagnósticos <input type="checkbox"/> Tratamiento	<input type="checkbox"/> Historias clínicas <input type="checkbox"/> Medicamentos por receta <input type="checkbox"/> Doctores y hospitales <input type="checkbox"/> Discapacidades del desarrollo <input type="checkbox"/> Abuso de bebidas alcohólicas y otras drogas <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas del sida (VIH) <input type="checkbox"/> Otra cosa (Específiquela) _____

Para la(s) fecha(s) siguiente(s):	
Desde el:	Hasta el:

Sus derechos con respecto a esta autorización

El derecho de recibir copia de esta autorización - Entiendo que, si firmo esta autorización, podré solicitar copia de esta autorización.

El derecho de negarse a firmar esta autorización - Entiendo que no tengo ninguna obligación de firmar esta autorización y que Leon Health, Inc. no podrá condicionar mis tratamientos, pagos, inscripción en un plan de seguro médico ni mis requisitos para los beneficios por atención médica basándose en mi decisión de firmar esta autorización, excepto en lo relacionado con: a) tratamientos relacionados con investigaciones, b) inscripción o requisitos correspondientes a un plan de seguro médico c) y la prestación de atención médica cuya única finalidad sea la de generar información protegida sobre el estado de salud (“PHI” en inglés) para divulgársela a un tercero.

El derecho de retirar esta autorización - Entiendo que tengo el derecho de retirar esta autorización en cualquier momento facilitándole una nota por escrito acerca de dicho retiro al Departamento de Inscripción del Plan. Tengo conocimiento de que mi retiro no entrará en vigor hasta que lo reciba Leon Health, Inc. y no entrará en vigor en lo relativo a los usos y/o divulgaciones de la información sobre mi estado de salud que Leon Health, Inc. haya hecho antes de recibir mi nota acerca de dicho retiro. Entiendo que, si la autorización se obtuvo como condición de conseguir la cobertura por el seguro, otras leyes le otorgan a la compañía de seguros el derecho de oponerse a la reclamación amparada en la póliza o a la misma póliza.

El derecho de inspeccionar o copiar la información sobre mi estado de salud que se deberá usar o divulgar - Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar (lo que se podrá hacer por un cargo razonable) la información sobre mi estado de salud que he autorizado a usarse o divulgarse mediante este formulario de autorización. Puedo hacer los arreglos para inspeccionar la información sobre mi estado de salud u obtener copias de la información sobre mi estado de salud comunicándome con el Departamento de Servicios a Miembros.

Aviso de divulgación: Entiendo que la información que se use o divulgue con base a esta autorización podrá ser sujeto de que se vuelva a divulgar y quedar sin la protección de las normas federales sobre la privacidad.

Fecha de vencimiento: Esta autorización está vigente hasta la fecha de finalización señalada en la página anterior, o si no se señala ninguna, quedará vigente indefinidamente, a no ser que retire por escrito la autorización.

Al firmar esta autorización, confirmo que es el reflejo exacto de mis deseos.

Firma del (de la) miembro/representante legal:	Fecha:
---	---------------

Nota Importante:

- **Este espacio es solo para la firma del miembro o su representante legal autorizado.** Si usted no es el representante legal del miembro, **no complete la sección siguiente.**
- Si está autorizado para acceder a la información de salud del miembro, pero no es su representante legal, **no complete esta sección.**

Solo para Representantes Legales:

- Si usted es el representante legal del miembro (por ejemplo, tiene poder notarial), complete la siguiente información y adjunte la documentación correspondiente.
 - Marque aquí si firma como representante legal y rellene los espacios en blanco. Favor de adjuntar la documentación correspondiente (por ejemplo, el Poder). Esto aplica solamente si quien firmó más arriba no es el miembro de Leon Health..

Información sobre el representante personal:	
Nombre	Relación o parentesco con el miembro:
Dirección, número y calle:	Ciudad, estado, código postal:
Número de teléfono (con código de área):	

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-844-969-5366 (TTY: 711) or speak to your provider.

Inserción en varios idiomas Servicio de Intérprete Multi-Idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-844-969-5366. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-844-969-5366. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-844-969-5366。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-844-969-5366。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-969-5366. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-844-969-5366. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-969-5366 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-969-5366. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-969-5366 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-844-969-5366. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-844-969-5366 سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-844-969-5366 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-844-969-5366. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-969-5366. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-969-5366. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-844-969-5366. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには 1-844-969-5366 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Use este sobre para devolver sus formularios de inscripción después que los rellene. No se necesitan sellos de correo.

Su Plan

NOMBRE DEL PLAN: _____

Fecha Efectiva: _____

Prima Mensual: _____

Deducible: _____

Número de Confirmación de inscripción electrónica: _____

