



OMB No. 0938-1378

Vence: 7/31/2024

Página inicial de la solicitud de inscripción

¿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](https://www.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 (continúa)

diciem-bre), el plan tiene que recibir su formulario rellenado 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 Plans, 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 español: Llame a Leon Health, Inc. al 1-844-969-5366 / TTY: 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español, 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 o 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.

Sección 1 – Es obligatorio rellenar todos los campos de esta página (a no ser que se les señale que son opcionales)

Escoja el plan a que quiere afiliarse:

- ☐ eon MediExtra - \$0 al mes
 ☐ Leon MediDual - \$14.90 al mes
☐ eon MediMore - \$0 al mes

Primer Nombre: Apellido: Letra inicial del 2do nombre:

Fecha de nacimiento: (Mes/día/año) (____/____/____)
 Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.
 Número telefónico: (____)

Dirección con calle y número de su domicilio permanente: (No ponga el apartado postal o P.O. Box)

Ciudad: Condado: Estado: Código Postal:

Dirección postal, si es distinta a la dirección de su domicilio permanente (Se permite poner el apartado postal o PO Box):

Dirección: Ciudad: Estado: Código Postal:

Su información sobre Medicare:

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

Responda a estas preguntas importantes:

¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos por receta (como VA o TRICARE) además de Leon Health? ☐ Yes ☐ No

Nombre de la otra cobertura: Nro. de miembro de esta cobertura: Nro. de grupo de esta cobertura

Para inscribirse en nuestros planes de necesidades especiales, tiene que reunir los requisitos de:

- ☐ Medicaid - Favor de señalar su número de Medicaid: _____
☐ Los programas de ahorros de Medicare (QMB, SLMB, QI)

IMPORTANTE: Leer y firmar a continuación:

- Es imprescindible que tenga coberturas de hospital (Parte A) y médica (Parte B) para permanecer en Leon Health Plans, Inc.
- Al afiliarme a este plan Medicare Advantage, acepto que Leon Health Plans, Inc. divulgará mi información a Medicare, que podrá aprovecharla en estar al tanto de mi inscripción, hacer pagos y para los demás fines permitidos por las leyes federales que autorizan la recopilación de esta información (ver a continuación la Declaración sobre la Ley de Privacidad). Sus respuestas de este formulario son voluntarias. Sin embargo, dejar de responder podría afectar su inscripción en el plan.
- Entiendo que estoy inscrito en un solo plan Medicare Advantage – y que al inscribirme en este plan, se terminará automáticamente mi inscripción en otro plan Medicare Advantage (a excepción de los planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura por Leon Health Plans, Inc., tengo que obtener de Leon Health Plans, Inc. todos mi beneficios por atención médica y medicamentos

IMPORTANTE: Leer y firmar a continuación:

por receta. Se cubrirán los beneficios y servicios que aporta Leon Health Plans, Inc. y que constan en la Evidencia de Cobertura de Leon Health Plans, Inc. (conocida también por “contrato con el miembro” o “convenio con el abonado”). Ni Medicare, ni Leon Health Plans, 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:

Firma del agente:

Fecha en que se recibió:

Si usted es el (la) representante autorizado(a), firme más arriba y rellene estos campos:

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

¿Es hispano(a), latino(a) o de origen español? Escoja todas las respuestas pertinentes.

- | | |
|--|---|
| ☐ No, ni hispano(a), ni latino(a) ni de origen español | ☐ Sí, mexicano(a), |
| ☐ Sí, puertorriqueño(a) | mexicoamericano(a) o |
| ☐ Sí, otro hispano(a), latino(a) o de otro origen español | ☐ Sí, cubano(a) |
| ☐ Opté por no responder. | |

¿Cuál es su raza? Escoja todas las respuestas pertinentes.

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Indígena americano o de Alaska | ☐ India asiática | ☐ Negra o afroamericana |
| ☐ China | ☐ Filipina | ☐ Guameño o Chamorro |
| ☐ Japonesa | ☐ Coreana | ☐ Indígena de Hawái |
| ☐ Otra asiática | ☐ Otra de las islas del | ☐ Samoano |
| ☐ Vietnamita | Pacífico | |
| ☐ Opté por no responder. | ☐ Vietnamita | |

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.

☐ Letras grandes

☐ CD con Audio

Sección 2 – Todos los campos de esta página son opcionales

Favor de comunicarse con Leon Health Plans, 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:

¿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
- ☐ Formulario completo
- ☐ Resumen de beneficios
- ☐ Evidencia de cobertura (conocida por “EOC”)
- ☐ Programa de beneficios dentales
- ☐ Catálogo de medicamentos y productos vendidos sin receta (conocidos por “OTC”)

Dirección de correo electrónico: _____

Pago de las primas de su plan

Puede pagar por correo nuestro portal de pagos cada mes la prima mensual de su plan, inclusive la multa por inscripción tardía que tiene impuesta o que debe en estos momentos. **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.

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 este plan es una opción nueva para mí. 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 Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo la Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos por receta de Medicare, pero no ha habido cambio.
- ☐ 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) _____.
- ☐ Pertenezco a un programa de asistencia en medicamentos que proporciona mi estado.
- ☐ 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.

Si ninguna de estas afirmaciones tiene que ver con usted o no está seguro(a), favor de comunicarse con Leon Health Plans, 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.