



Guia para Inscribirse en Medicare Advantage

2023

Enero 1 - Diciembre 31



Leon Health es un plan HMO que tiene contrato con Medicare.
La inscripcion en Leon Health, Inc. depende de que la renovacion del contrato.

H4286_PENROLLMENTKIT2023S_M

BIENVENIDA	4
<hr/>	
INSCRIPCIÓN	
<hr/>	
Página de lista de verificación de la preinscripción	5
<hr/>	
Página de alcance de citas	6
<hr/>	
Solicitud de Inscripción	8
<hr/>	
Información sobre su solicitud	Contraportada
<hr/>	

Bienvenida

a Leon Health, Inc.

Acerca de Leon Health

Leon Health es el Plan Medicare Advantage nuevo comenzado por Benjamín León, Jr., visionario en el campo de la atención médica, y por la familia León.

Si está inscrito en Medicare, tiene Medicare y Medicaid o está apto para Medicare por ser mayor o debido a alguna discapacidad y vive en el Condado de Miami-Dade, Leon Health tiene el plan ideal que concuerda con sus necesidades.

Leon Health colabora con Leon Medical Centers y demás proveedores de atención médica a fin de brindarles a los miembros una atención completa y los beneficios que necesitan para mantenerse saludables.

Cambiamos el concepto de la prestación de la atención médica en el sector salud con muchos y diversos profesionales de la Medicina en la red que atiende a más de 41,700 beneficiarios de Medicare.

Leon Medical Centers ofrece atención médica superior, ofreciéndole a la población de Medicare del Condado de Miami-Dade County la dignidad, respeto, compasión y calor humano que se merece.

A lo largo de 55 años, la familia León les ha aportado salud y bienestar a sus beneficiarios del Condado de Miami-Dade, y la familia León sigue invirtiendo en innovaciones, formación de médicos, ampliaciones de centros y un plan de salud concebido a la medida de nuestra comunidad de Medicare cuyo objetivo final es el de mejorar vidas.

¿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 clientes al **1-844-969-5366** o al **305-541 -5366**. **Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 711**, 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.

Entienda 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 ver un ejemplar de la Evidencia de Cobertura.
- Revise el directorio de proveedores (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 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.

Entienda las reglas importantes

- 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) 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, Leon Health cubrirá hasta \$110 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 2024.
- 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).
- Leon MediDual es un plan de necesidades especiales en 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 cita con el vendedor

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 hospitales 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 u 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 especial 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

Formulario de cita con el vendedor

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 la 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 o alcance de la reunión antes de la misma:

¿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 diciembre), 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 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:
 Leon MediExtra - \$0 al mes Leon MediDual - \$35.90 al mes
 Leon MediMore - \$0 al mes

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

Fecha de nacimiento: (Mes/día/año) (____/____/____)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> 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? Si 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 quienes están inscritos en Medicare no tienen normalmente cobertura por Medicare cuando están fuera del país, a excepción de cobertura limitada cerca de la frontera con Estados Unidos.
- 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:
 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.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No, ni hispano(a), ni latino(a) ni de origen español | <input type="checkbox"/> Sí, mexicano(a), mexicoamericano(a) o cubano(a) |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño(a) | <input type="checkbox"/> Sí, cubano(a) |
| <input type="checkbox"/> Sí, otro hispano(a), latino(a) o de otro origen español | |
| <input type="checkbox"/> Opté por no responder. | |

¿De qué raza es? Escoja todas las respuestas pertinentes.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o de Alaska | <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Otra asiática | <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Vietnamita | |
| <input type="checkbox"/> Opté por no responder. | | |

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

Sección 2 – Todos los campos de esta página son opcionales

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

- Braille
 Letras grandes
 CD con Audio

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.

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

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

- ¿Número de ID del proveedor? Si No

Número de ID del proveedor:

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

- Directorio de proveedores y directorio de 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. La suma normalmente se descuenta de su pago del Seguro Social o podría recibir la cuenta de Medicare (o de la RRB). 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.

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.

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: _____

Numero de Confirmacion de inscripcion electronica:

