



# Medicare Advantage

GUÍA DE INSCRIPCIÓN

# 2024

1º de enero - 31 de diciembre

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

H4286\_PENROLLMENTKIT2024S\_M

*Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente*



---

**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 **16**

---

Autorización para el Uso y/o Divulgación de Información Protegida de Salud **18**

---

Información sobre su solicitud **Contraportada**

---

# Bienvenido a Leon Health, Inc.

## Acerca de Leon Health

Leon Health es el Plan Medicare Advantage 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 Medi-care 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 comu-nidad de Medicare cuyo objetivo final es el de mejorar vidas.

## ¿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](http://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.

### UNDERSTANDING THE BENEFITS

- ☐ 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](http://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.
- ☐ 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) 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 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 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 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 al menos 48 horas antes de la misma:





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)

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

¿Cuál es su raza? 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 | <input type="checkbox"/> Samoano               |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita                     | Pacífico                                       |                                                |
| <input type="checkbox"/> <b>Opté por no responder.</b>  | <input type="checkbox"/> 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? ☐ Sí ☐ No      ¿Su esposo(a) trabaja? ☐ Sí ☐ 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? ☐ Sí ☐ 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.

**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.



**NOMBRAMIENTO DE UN REPRESENTANTE**

|                    |                                                                                                                       |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre de la Parte | Numero de Medicare (beneficiario como parte) o identificador Nacional del Proveedor (proveedor o suplidor como parte) |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Sección 1: Nombramiento de un Representante**

**Para ser completado por la parte que busca representación (i.e., el beneficiario de Medicare, el proveedor o suplidor):**

Yo nombro a mencionado en la Sección 2 para actuar como representante en relación con mi reclamación o derecho en virtud del título XVIII de la Ley del Seguro Social (la Ley) y sus disposiciones relacionadas al título XI de la Ley. Autorizo a este individuo a realizar cualquier solicitud; presentar u obtener pruebas; obtener información sobre apelaciones; y recibir toda notificación sobre mi reclamación, apelación, queja o solicitud en mi representación. Entiendo que podría divulgarse la información médica personal sobre mi solicitud al representante indicado a continuación.

|                                              |                          |                                         |
|----------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|
| Firma de la Parte Solicitando Representación |                          | Fecha                                   |
| Dirección                                    |                          | Número de teléfono (con código de área) |
| Ciudad                                       | Estado                   | Código Postal                           |
| Correo electrónico (opcional)                | Número de Fax (opcional) |                                         |

**Sección 2: Aceptación del Nombramiento**

**Para ser completado por el representante:**

Yo, \_\_\_\_\_, acepto por la presente el nombramiento antes mencionado. Certifico que no se me ha descalificado, suspendido o prohibido mi desempeño profesional ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS en inglés); que no estoy en calidad de empleado actual o anteriormente de los Estados Unidos, descalificado para actuar como representante del participante; y que reconozco que todo honorario podría estar sujeto a revisión y aprobación de la Secretaría.

Me desempeño como \_\_\_\_\_  
(Situación profesional o relación con la parte, por ejemplo: abogado, pariente, etc.)

|                               |                          |                                         |
|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|
| Firma del representante       |                          | Fecha                                   |
| Dirección                     |                          | Número de teléfono (con código de área) |
| Ciudad                        | Estado                   | Código Postal                           |
| Correo electrónico (opcional) | Número de Fax (opcional) |                                         |

**Sección 3: Renuncia al Cobro de Honorarios por Representación**

**Instrucciones: El representante debe completar esta sección si se lo requieren o si renuncia al cobro de honorarios por representación.** (Los proveedores o suplidores que representen a un beneficiario y le hayan brindado artículos o servicios no pueden cobrar honorarios por representación y deben completar esta sección.)

Renuncio a mi derecho de cobrar un honorario por representar a \_\_\_\_\_ ante el Secretario(a) del HHS.

|       |       |
|-------|-------|
| Firma | Fecha |
|-------|-------|

**Sección 4: Renuncia al Pago por Artículos o Servicios en Cuestión**

**Instrucciones: Los proveedores o suplidores que actúan como representantes de beneficiarios a los que les brindaron artículos o servicios deben completar esta sección si la apelación involucra un tema de responsabilidad en virtud de la sección 1879(a)(2) de la Ley.** (La sección 1879(a)(2) en general se aborda si un proveedor, suplidor o beneficiario no tenía conocimiento o no se podía esperar razonablemente que supiera que los artículos o servicios en cuestión no estarían cubiertos por Medicare). Renuncio a mi derecho de cobrar al beneficiario un honorario por los artículos o servicios en cuestión en esta apelación si está pendiente una determinación de responsabilidad bajo la sección 1879(a)(2) de la Ley.

|       |       |
|-------|-------|
| Firma | Fecha |
|-------|-------|

# INSTRUCCIONES Y REQUISITOS REGLAMENTARIOS

## Instrucciones

Nombre de la Parte: Este es el nombre de la persona o entidad que tiene derecho a presentar un reclamo o apelación (el nombre de la persona que tiene Medicare o el nombre del proveedor o proveedor).

Número de Medicare o Identificador de Proveedor Nacional: Esto debe completarse cuando la persona o entidad que designa a un representante tiene un número de Medicare o Identificador de Proveedor Nacional. Si no aplica, complete "no aplica".

Todos los demás campos rellenable de las Secciones 1 y 2 son obligatorios a menos que se indiquen como opcionales dentro del campo. Consulte el reglamento en [42 CFR 405.910](#).

## Cobro de Honorarios por Representación de Beneficiarios ante el Secretario(a) del HHS

Un abogado u otro representante de un beneficiario, que desee cobrar un honorario por los servicios prestados en relación con una apelación ante el Secretario(a) del HHS (i.e., una audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ en inglés) o la revisión de un abogado adjudicador por la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA en inglés), una revisión con el Consejo de Apelaciones de Medicare o un proceso ante OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare como resultado de una orden de remisión de la Corte de Distrito Federal) debe por ley obtener aprobación para recibir un honorario de acuerdo con 42 CFR §405.910(f).

El formulario, OMHA-118, "Petición para Obtener la Aprobación de un Honorario por Concepto de Representación de un Beneficiario," se obtiene la información necesaria para solicitar el pago de honorario. Debe ser completado por el representante y presentado con la solicitud para audiencia con el ALJ revisión de OMHA o revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare. La aprobación de honorarios para el representante no es necesaria si: (1) el apelante es representado por un proveedor o suplidor; (2) prestados en calidad oficial como un tutor legal, comité o cargo similar representante designado por el tribunal y con la aprobación del tribunal del honorario en cuestión; (3) el honorario es por representación del beneficiario ante la corte de distrito federal; o (4) el honorario es por representación del beneficiario en una redeterminación o reconsideración. Si el representante desea renunciar al cobro de un honorario, puede hacerlo. El formulario, OMHA-118, se encuentra en: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

## Aprobación de Honorarios

El requisito para la aprobación de honorarios garantiza que el representante recibirá una remuneración justa por los servicios prestados ante HHS en nombre de un beneficiario y brinda al beneficiario la seguridad de que los honorarios sean razonables. Para la aprobación de un honorario solicitado, OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare considera la clase y el tipo de servicios prestados, la complejidad del caso, el nivel de pericia y capacidad necesaria para la prestación de servicios, la cantidad de tiempo dedicado al caso, los resultados alcanzados, el nivel de revisión administrativa al cual el representante llevó la apelación y el monto del honorario solicitado por el representante.

## Conflicto de Interés

Las secciones 203, 205 y 207 del título XVIII del Código de Estados Unidos consideran como un delito penal cuando ciertos funcionarios, empleados y antiguos funcionarios y empleados de los Estados Unidos prestan ciertos servicios en temas que afectan al Gobierno, ayudan o asisten en el procesamiento de reclamaciones contra los Estados Unidos. Los individuos con un conflicto de interés quedarán excluidos de ser representantes de los beneficiarios ante HHS.

## Dónde Enviar este Formulario

Envíe este formulario al mismo lugar que está enviando (o ha enviado) su: apelación si está solicitando una apelación, queja o protesta si está solicitando una queja o protesta, o determinación o decisión inicial si está solicitando una determinación o decisión inicial. Si necesita ayuda, comuníquese con 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048, o con su plan de Medicare.

Usted tiene derecho a obtener la información de Medicare en un formato accesible, como en letra grande, Braille o audio. También tiene el derecho de presentar una queja si siente que ha sido discriminado. Visite <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice>, o llame al 1-800-MEDICARE para más información. Usuarios TTY debe llamar al 1-877-486-2048

---

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, no se le requiere a ninguna persona responder a una recopilación de información a menos de que presente un número de control válido OMB. El número de OMB para esta recopilación es 0938-0950. El tiempo requerido para completar este formulario es de 15 minutos por notificación, incluyendo el tiempo necesario para seleccionar el formulario pre-impreso, completar y entregárselo al beneficiario. Si tiene comentarios sobre el tiempo estimado para completarlo o sugerencias para mejorar este formulario, favor de escribir a: CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, MD 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 Plans
- 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: |
| 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                        |

| 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:<br>[Marque todo lo que aplique]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Salud mental<br><input type="checkbox"/> Información sobre la inscripción y baja<br><input type="checkbox"/> Información sobre reclamaciones<br><input type="checkbox"/> Información sobre referidos/autorizaciones<br><input type="checkbox"/> Documentación sobre beneficios<br><input type="checkbox"/> Información financiera (económica)<br><input type="checkbox"/> Diagnósticos<br><input type="checkbox"/> Tratamientos | <input type="checkbox"/> Historias clínicas<br><input type="checkbox"/> Medicamentos por receta<br><input type="checkbox"/> Documentación sobre beneficios<br><input type="checkbox"/> Doctores y hospitales<br><input type="checkbox"/> Discapacidades del desarrollo<br><input type="checkbox"/> Abuso de bebidas alcohólicas y otras drogas<br><input type="checkbox"/> Resultados de pruebas del sida (VIH)<br><input type="checkbox"/> Otra cosa (Especifíquela): |

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

### Sus derechos con respecto 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 sujeta 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:

Si usted es el representante autorizado, usted tiene que aportar la información solicitada a continuación:

- ☐ Marque aquí si firma como representante personal y rellene los espacios en blanco que aparecen a continuación. **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 | Número telefónico |               |
| Dirección, número y calle                   | Ciudad                               | Estado            | Código Postal |

**Información sobre el miembro**

|                            |                                     |                                |
|----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| Nombre del miembro:        | Núm. de identificación del miembro: | Fecha de nacimiento:           |
| Dirección, número y calle: |                                     | Ciudad, estado, código postal: |
| 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                        |

**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"/> Historias clínicas                          |
| <input type="checkbox"/> Información sobre la inscripción y baja    | <input type="checkbox"/> Medicamentos por receta                     |
| <input type="checkbox"/> Información sobre reclamaciones            | <input type="checkbox"/> Documentación sobre beneficios              |
| <input type="checkbox"/> Información sobre referidos/autorizaciones | <input type="checkbox"/> Doctores y hospitales                       |
| <input type="checkbox"/> Documentación sobre beneficios             | <input type="checkbox"/> Discapacidades del desarrollo               |
| <input type="checkbox"/> Información financiera (económica)         | <input type="checkbox"/> Abuso de bebidas alcohólicas y otras drogas |
| <input type="checkbox"/> Diagnósticos                               | <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas del sida (VIH)        |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos                               | <input type="checkbox"/> Otra cosa (Especifíquela):                  |

\_\_\_\_\_

**Para la(s) fecha(s) siguiente(s):**

|           |           |
|-----------|-----------|
| Desde el: | Hasta el: |
|-----------|-----------|

## Sus derechos con respecto 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:

Si usted es el representante autorizado, usted **tiene que** aportar la información solicitada a continuación:

- ☐ Marque aquí si firma como representante personal y rellene los espacios en blanco que aparecen a continuación. **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 |        | Número telefónico |
|---------------------------|--------------------------------------|--------|-------------------|
| Dirección, número y calle | Ciudad                               | Estado | Código Postal     |

## Multi-Language Insert

### Multi-Language Interpreter Services

**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 pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-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 Arzneimittelpfen. 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 대해 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 ouwa 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。





## Su Plan

NOMBRE DEL PLAN: \_\_\_\_\_

Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_

Prima Mensual: \_\_\_\_\_

Deducible: \_\_\_\_\_

Número de Confirmación de inscripción electrónica: \_\_\_\_\_