

Formulario de solicitud de inscripción en RiverSpring Health Plans

Comuníquese con RiverSpring Health Plans si necesita información en otro idioma o formato (braille).

Para inscribirse en RiverSpring Health Plans, proporcione la siguiente información:

_____ RiverSpring Star (HMO I-SNP) prima de **\$36.60** por mes

_____ RiverSpring MAP (HMO D-SNP) prima de **\$0.00** por mes

APELLIDO:		NOMBRE:		Inicial del segundo nombre:		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	
Fecha de nacimiento: (__ __ / __ __ / __ __ __ __) (M M / D D / A A A A)		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono del hogar: ()			Número de teléfono alternativo: ()	
Dirección de residencia permanente (no se permite casilla postal):							
Ciudad:		Condado:			Estado:	Código postal:	
Dirección postal (solo si es diferente de su dirección de residencia permanente):							
Calle:		Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Contacto de emergencia:							
Número de teléfono:				Relación con usted:			
Dirección de correo electrónico (opcional):							

Proporcione información sobre su seguro de Medicare

Saque su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

- Complete esta información como aparece en su tarjeta de Medicare;

-O BIEN-

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB).

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare):

Número de Medicare: _____

Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigencia:

Atención en hospital (Parte A) _____

Atención médica (Parte B) _____

Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para unirse al plan Medicare Advantage.

Pago de la prima de su plan

Si determinamos que usted adeuda una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo postal. También puede elegir pagar su prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) todos los meses.

Si se le impone un monto de ajuste mensual por ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA), la Administración del Seguro Social le notificará. Usted será responsable del pago de este monto adicional además de la prima de su plan. Se retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social; o bien, Medicare o la RRB se lo facturarán en forma directa. NO le pague a RiverSpring Health Plans el IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted es elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califiquen no estarán sujetas al lapso en la cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social; o bien, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si califica para recibir *Ayuda adicional* para los costos de la cobertura de sus medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará todo o una parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubra.

Si no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Seleccione una opción de pago de la prima:

- Recibir una factura
- Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)
Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(Pueden pasar dos meses o más después de que el Seguro Social o la RRB aprueban la deducción para que esta comience a aplicarse. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el momento en que comienza la deducción. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa para sus primas mensuales.)

Lea y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Tiene enfermedad renal en etapa terminal (End Stage Renal Disease, ESRD)? Sí No

Si le han realizado un trasplante de riñón exitoso y/o no necesita más diálisis en forma regular, **adjunte una nota o registros** de su médico que muestren que ha recibido un trasplante de riñón exitoso o que no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que debamos comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluidos otro seguro privado, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios para veteranos o programas de asistencia farmacéutica del estado.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además de RiverSpring Health Plans? Sí No

Si la respuesta es "Sí", escriba la otra cobertura y el(los) número(s) de identificación (ID) de esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura: _____

N.º de ID de esta cobertura: _____ N.º de grupo para esta cobertura: _____

3. ¿Es usted residente de un centro de atención a largo plazo, como un hogar de atención médica especializada? Sí No

Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección y número de teléfono de la institución (calle y número): _____

4. ¿Está usted inscrito en el programa de Medicaid de su estado? Sí No

Si la respuesta es "Sí", proporcione su número de Medicaid (CIN): _____

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

6. Marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible:

Español: _____ Formato accesible (braille, audio o letra grande): _____

Comuníquese con RiverSpring Health Plans al 1-800-580-7000 si necesita información en un formato accesible o un idioma que no se mencionan arriba. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Elija un médico de atención primaria (PCP), una clínica o un centro de salud:

Nombre: _____

Dirección: _____



Lea esta información importante

Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o un sindicato, unirse a RiverSpring Health Plans podría afectar los beneficios de salud de su empleador o su sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o su sindicato si se une a RiverSpring Health Plans.

Lea las comunicaciones que su empleador o su sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite el sitio web o comuníquese con la oficina que figura en las comunicaciones. Si no hay información de contacto, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarlo.

Lea y firme a continuación

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

RiverSpring Health Plans es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Será necesario que mantenga la Parte A y la Parte B de Medicare. Puedo estar en un solo plan de Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi inscripción en este plan dará por terminada automáticamente mi inscripción en otro plan de salud de Medicare o plan de medicamentos con receta. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o pueda recibir en el futuro. La inscripción en este plan es generalmente para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo abandonar este plan o hacer cambios solamente en determinados momentos del año cuando esté disponible un período de inscripción (por ejemplo, todos los años entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre) o en determinadas circunstancias especiales.

RiverSpring Health Plans brinda servicios en un área específica. Si salgo del área de servicios de RiverSpring Health Plans, deberé notificárselo al plan para poder cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Como miembro de RiverSpring Health Plans, tengo el derecho de apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de cobertura de RiverSpring Health Plans cuando lo reciba para saber qué reglas debo seguir para recibir cobertura con este plan de Medicare Advantage. Entiendo que las personas que poseen Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de RiverSpring Health Plans, debo recibir toda mi atención médica de RiverSpring Health Plans, excepto servicios de emergencia o que se necesitan con urgencia, o servicios de diálisis fuera del área. Estarán cubiertos los servicios autorizados por RiverSpring Health Plans y otros servicios incluidos en el documento de Evidencia de cobertura de RiverSpring Health Plans (también conocido como contrato con el miembro o acuerdo con el suscriptor). NI MEDICARE NI RiverSpring Health Plans PAGARÁN LOS SERVICIOS sin autorización.

Entiendo que si recibo asistencia de un agente de venta, un intermediario u otra persona empleada o contratada por RiverSpring Health Plans, esta persona puede recibir un pago en función de mi inscripción en RiverSpring Health Plans.

Divulgación de información: Al unirme a este plan de salud de Medicare, reconozco que RiverSpring Health Plans divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. También reconozco que RiverSpring Health Plans divulgará mi información, incluidos datos sobre mis medicamentos con receta a Medicare, que puede divulgarla para investigación y para otros fines que cumplan con todos los estatutos y las regulaciones federales aplicables. La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre conforme a las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si firma una persona autorizada (según se describe arriba), esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada conforme a la ley estatal a completar esta inscripción, y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Medicare.

Firma: _____	Fecha: _____
---------------------	---------------------

*** Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:**

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (_____) - _____

Relación con el afiliado: _____

SOLO PARA USO DE RIVERSPRING HEALTH PLANS

Fecha de recepción _____ ID del plan _____

QMB QMB+ SLMB SLMB+ QI-1 QDWI FBDE

Nombre del miembro de personal (si ayudó en la inscripción): _____

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ OEPI: _____

No elegible: _____

SOLO PARA USO DEL AGENTE AUTORIZADO

Certifico que he registrado de manera precisa y exacta en esta solicitud la información suministrada por el afiliado.

Agente autorizado: _____ N.º de ID del agente _____ Fecha de recepción: _____

Firma del agente: _____