



**Afiliación a GEMCare Medicare Plus**  
*Por favor lea las siguientes instrucciones para suscribirse a GEMCare Medicare Plus*

**Primer paso**

**¿Quién es elegible?**

**Usted es elegible para suscribirse a GEMCare Medicare Plus si:**

- Tiene derecho a Medicare Parte A (seguro de hospital) y está suscripto a la Parte B (seguro médico).
- Reside en el Condado de Kern, California
- No tiene una enfermedad renal en el último tramo (ESRD)/insuficiencia renal o si tiene ESRD pero recibió un transplante dentro de los últimos 36 meses por el cual pudo recuperar la función renal y ya no necesita la aplicación regular de diálisis para conservar la vida (se requiere documentación de su médico).

Por lo general, usted puede suscribirse a un plan Medicare Advantage durante el período de suscripción anual que se extiende desde el 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año. Además, puede ingresar a un plan Medicare Advantage durante el período abierto de suscripción que se extiende desde el 1° de enero al 31 de marzo de cada año, siempre y cuando no cambie su cobertura de medicamentos recetados. Sin embargo, existen excepciones que pueden permitirle suscribirse a un plan Medicare Advantage fuera de estos periodos.

**Segundo paso**

**Analice el material adjunto para entender el plan GEMCare Medicare Plus. Si tiene dudas, por favor contáctese con GEMCare Medicare Plus al (661) 716-8800 o llame al número gratuito (877) 697-2464. TDD/TTY (888) 833-9312.**


**Tercer paso**

**Complete el formulario de suscripción a Medicare Advantage del Plan de Salud GEMCare.**

- **Complete la información sobre los beneficios de Medicare exactamente como se describen en su tarjeta de Medicare:**

Si todavía no recibió su tarjeta de Medicare, puede adjuntar una copia de su Carta de verificación de la Administración de la Seguridad Social (*Social Security Administration*) o de la Cámara de Jubilación de Trabajadores Ferroviarios (*Railroad Retirement Board*).

- **Seleccione su grupo de médicos y su médico.** Asegúrese de completar los nombres y los números según aparecen en el Directorio de médicos de GEMCare Medicare Plus.
- **Lea las preguntas y complete con las respuestas.**
- **Lea la “Información importante” al dorso.**
- **Si está solicitando un Plan GEMCare Medicare Plus Dual Eligible, por favor presente una copia de su tarjeta de Medicaid o de la carta de cobertura.**
- **Firme y coloque la fecha en el anverso del formulario, al final.** Por favor, asegúrese de haber completado todas las secciones. **Envíe su formulario completo por correo en el sobre provisto.** La fecha de entrada en vigencia de su cobertura dependerá de la fecha en que usted nos envíe este formulario. Conserve la copia rosa del formulario como su tarjeta de identificación provisoria.

<b>MEDICARE</b>  <b>HEALTH INSURANCE</b>	
SAMPLE ONLY	
Name: _____	
Medicare Claim Number	Sex _____
_____ - _____ - _____	_____
Is Entitled To	Effective Date
<b>HOSPITAL (Part A)</b>	_____
<b>MEDICAL (Part B)</b>	_____

**El Plan de Salud GEMCare se pondrá en contacto con usted a la brevedad.**

Le enviaremos una carta de confirmación de su suscripción y de la fecha de entrada en vigencia. Asimismo, recibirá un paquete de información que incluye su tarjeta de identificación y otra información sobre el Plan de Salud GEMCare.

Si tiene dudas, por favor llámenos al **(661) 716-8800** o al **número gratuito (877) 697-2464. TDD/TTY al (888) 833-9312.** Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Pacífico, de domingos a sábados.

**Gracias por elegir GEMCare Medicare Plus. Esperamos poder cuidarlo.**

**Para suscribirse al Plan de Salud GEMCare, por favor proporcione la siguiente información:**

- Medicare Advantage Estándar \$ \_\_\_\_\_ por mes
- Necesidades especiales Dual Eligible \$ \_\_\_\_\_ por mes (Debe tener Medicare y Medicaid)

Por favor lea las siguientes declaraciones y marque el recuadro de la izquierda; nos comunicaremos con usted para mayor información:

- Soy nuevo en Medicare
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual.
- Tengo Medicare y Medicaid o el estado donde vivo me ayuda a pagar la primas de Medicare.
- Recientemente recibí aprobación para obtener ayuda extra con el pago de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Hace muy poco me mudé "a" un Centro de cuidados a largo plazo (por ejemplo, un hogar de enfermería o un hospital de cuidados a largo plazo)
- Recientemente "abandoné" un Programa de cobertura total de salud para ancianos (PACE).
- Recientemente perdí en forma involuntaria mi cobertura de medicamentos respetable (es decir, una cobertura que al menos es tan buena como la de Medicare).
- Estoy perdiendo la cobertura que tenía a través de un empleador o abandonando la cobertura del empleador.

**Si ninguna de las declaraciones se aplica a su caso o si no está seguro, por favor contáctese con nosotros para saber si es elegible para suscribirse.**

APELLIDO \_\_\_\_\_ PRIMER Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_  Sr.  Sra.  Srta.

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (mes/día/año) Sexo:  M  F N° del Seguro Social: (opcional) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Calle del domicilio de residencia permanente: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal: (sólo si difiere de su domicilio de residencia permanente) \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relación que lo une \_\_\_\_\_

Dirección de e-mail (si tiene): \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.

**Por favor proporcione la información de su seguro de Medicare**

Su N° de Medicare (de la tarjeta de Medicare roja, blanca y azul) \_\_\_\_\_

Cobertura: fecha Hospital Parte A \_\_\_\_\_ fecha Medicare Parte B \_\_\_\_\_

**Su opción de pago de primas del plan**

¿Desea pagarle las primas directamente a su plan (esto puede incluir un débito automático de su cuenta bancaria)?  Sí  No

**Si marca "no", nos contactaremos para debitar automáticamente sus primas de su cheque del seguro social.**

**Por favor remítase al dorso de este formulario para mayor información.**

**Por favor lea y conteste estas preguntas importantes:**

- ¿Tiene una enfermedad renal en el último tramo (ESRD)?  Sí  No  
Si contestó "sí" a esta pregunta y ya no necesita diálisis regular, o ha recibido un transplante de riñón exitoso, **por favor adjunte una nota o los registros** de su médico en donde conste que no necesita diálisis o que ha recibido un transplante de riñón exitoso.
- Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluido otro seguro privado, TRICARE, Cobertura federal de beneficios de salud para empleados, beneficios VA, o Programas estatales de asistencia farmacéutica.  
¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados además del Plan de Salud GEMCare?  Sí  No  
Si la respuesta es "sí", por favor ingrese su otra cobertura y el/los número/s de identificación de esta cobertura:  
Nombre de la cobertura: \_\_\_\_\_ N° de identificación: \_\_\_\_\_ N° de grupo de la cobertura: \_\_\_\_\_
- ¿Vive en un centro de cuidados a largo plazo, como un hogar de ancianos?  Sí  No  
Si la respuesta es "sí" por favor proporcione la siguiente información: Nombre de la institución: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
- ¿Se encuentra suscripto al programa de Medicaid de su estado?  Sí  No  
Si la respuesta es "sí", por favor ingrese el número de Medicaid: \_\_\_\_\_
- ¿Usted o su esposa/o trabajan?  Sí  No
- Desde que es elegible para Medicare, ¿ha tenido alguna cobertura de medicamentos recetados o algún seguro que incluía medicamentos?  Sí  No  
*Si responde "no" su prima podría aumentar a causa de una penalidad por suscripción tardía. Si responde "sí", podemos solicitarle pruebas de que su cobertura de medicamentos anterior era al menos tan buena como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare (cobertura de medicamentos recetados respetable). Puede enviar copias de pruebas con este formulario o puede esperar a que se las solicitemos. No es necesario que envíe las pruebas para suscribirse. Sin embargo, si le solicitamos las pruebas y no las presenta, su prima podría aumentar a causa de una penalidad por suscripción tardía. Para mayor información sobre la penalidad por suscripción tardía, visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o llame a 1-800-MEDICARE.*

Por favor elija el nombre de un Médico Primario (PCP), una clínica o un centro de salud:  
Médico primario (PCP): \_\_\_\_\_ Identificación del prestador: \_\_\_\_\_  
Grupo médico primario: \_\_\_\_\_ Identificación del grupo médico: \_\_\_\_\_

Por favor marque el recuadro a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés:  Español

**-Por favor lea y firme debajo:**

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en representación de la persona según las leyes del estado de residencia de la persona) en la presente solicitud significa que he leído y que comprendo el contenido de **ambos lados** de la presente solicitud. Si la firma una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por las leyes estatales para completar esta suscripción y 2) la documentación en donde conste dicha facultad está disponible a solicitud del Plan de Salud GEMCare o Medicare.

**Su firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información:

Nombre y dirección \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el suscripto \_\_\_\_\_

Para uso exclusivo de la oficina:	Nombre del miembro del personal (si lo ayudó con la suscripción)	N° de identificación del plan:	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura (mes/día/año):	<input type="checkbox"/> ICEP/IEP <input type="checkbox"/> OEP <input type="checkbox"/> AEP <input type="checkbox"/> SEP(tipo): _____
-----------------------------------	--	--------------------------------	---	--



## Información importante

**Opciones para el pago de las primas del plan:** Usted le puede pagar su prima mensual directamente al plan de medicamentos de Medicare o hacer que se la debiten automáticamente de su cheque del Seguro Social. Si elige pagar directamente, puede hacerlo por correo o por medio de la Transferencia electrónica de fondos (EFT). Generalmente debe continuar usando la opción que eligió por el resto del año.

Si califica para obtener ayuda extra con relación a los costos de cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede cubrir la prima de su plan en su totalidad o una parte de la misma. Por favor elija si desea pagarle la parte restante de su prima, si corresponde, directamente a su plan.

**Al completar la presente solicitud de suscripción, acepto lo siguiente:**

El Plan de Salud GEMCare es un plan Medicare Advantage y necesitaré conservar mis Partes A y B. Sólo puedo pertenecer a un plan Medicare Advantage a la vez. Es mi responsabilidad informarles acerca de cualquier cobertura de medicamentos recetados que posea y que pueda tener en el futuro. La suscripción al presente plan generalmente abarca todo el año. Puedo abandonar el plan sólo en ciertos momentos del año, o bajo ciertas circunstancias especiales, enviándole una solicitud al Plan de Salud GEMCare o llamando al 1-800-Medicare. Los usuarios TTY (con problemas de audición) deben llamar al 1-877-486-2048.

El Plan de Salud GEMCare presta servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio del Plan de Salud GEMCare, debo notificárselo al plan para poder dar de baja la suscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro del Plan de Salud GEMCare, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre el pago o los servicios si estoy en desacuerdo con las mismas. Leeré el *documento de Constancia de Cobertura* del Plan de Salud GEMCare cuando lo reciba para conocer qué reglas debo cumplir con el objeto de recibir cobertura bajo este plan Medicare Advantage.

Entiendo que a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del Plan de Salud GEMCare debo recibir toda la atención médica del Plan de Salud GEMCare, con la excepción de los servicios necesarios de urgencia o de emergencia o los servicios de diálisis fuera del área. Los beneficiarios de Medicare generalmente no tienen cobertura de Medicare mientras están fuera del país, excepto por la cobertura limitada en Canadá y México. Los servicios autorizados por el Plan de Salud GEMCare y otros servicios incluidos en el *documento de Constancia de Cobertura* del Plan de Salud GEMCare (también conocido como contrato de afiliación o acuerdo de suscripción) tendrán cobertura. Sin autorización, **NI MEDICARE NI EL Plan de Salud GEMCare SE HARÁN CARGO DE ESTOS SERVICIOS.**

**Si actualmente cuenta con cobertura médica de un empleador o gremio, la afiliación al Plan de Salud GEMCare podría afectar los beneficios médicos de su empleador o del gremio.** Si tiene cobertura médica de un empleador o gremio, la afiliación al Plan de Salud GEMCare podría cambiar la forma en que opera su cobertura actualmente. Lea las notificaciones enviadas por su empleador o el gremio. Si tiene dudas, visite nuestro sitio Web o contáctese con la oficina que aparece en dichas notificaciones. Si no hubiere información con respecto a quién contactar, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura podrá ayudarlo.

Al afiliarme a este plan, declaro que no estoy recibiendo ninguna ayuda económica de mi empleador o gremio actual o de mi ex-empleador o gremio al que pertenecía (o del empleador o gremio actual o del ex-empleador o gremio al que pertenecía mi esposo/a) destinada a la compra de medicamentos recetados o a la cobertura de medicamentos recetados, o a pagar, en todo o en parte, mi suscripción a un plan de medicamentos de Medicare.

**Divulgación de la información:** Al afiliarme a este Plan de Salud de Medicare, reconozco que el plan de salud Medicare dará a conocer mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para el tratamiento, el pago y otras operaciones relacionadas con la atención médica. La información contenida en el presente formulario de suscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa en forma intencional en el presente formulario, mi suscripción al plan será cancelada.