



## **INSTRUCCIONES PARA UNIRSE AL GEMCARE HEALTH PLAN (GHP)**

### **PRIMER PASO: Elegibilidad para matricularse**

#### **Usted es elegible para matricularse en GEMCare Medicare Plus si:**

- tiene derecho a Medicare Part A (seguro de hospital) y está matriculado en Part B (seguro médico).
- reside en el condado de Kern, California
- **no tiene** una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o insuficiencia renal que exige un programa continuo de diálisis; o,
- en caso de que usted **sí tiene** ESRD que requiere diálisis, ha **tenido** un trasplante de riñón exitoso en los últimos 36 meses y **ya no requiere** un programa continuo de diálisis (se requiere documentación de su médico).

La matrícula normal en un plan de Medicare Advantage ocurre generalmente durante el período de matrícula anual entre el 15 de noviembre y el 31 de diciembre de cada año. Además, puede unirse a un plan de Medicare Advantage durante el período de matrícula abierto entre el 1 de enero y el 31 de marzo de cada año, **con tal de que no cambie su cobertura de medicinas recetadas** (*es decir, ya que tiene cobertura de medicinas recetadas con GHP, tiene que unirse a otro plan que tiene cobertura de medicinas tan bueno como Medicare o puede unirse al Medicare original y un plan autónomo de cobertura de medicinas*). También hay situaciones que pudieran permitirle matricularse en un plan de Medicare Advantage fuera de estos períodos; algunas de estas excepciones se mencionan en la primera sección del formulario de matrícula en el área de la casilla de verificación.

**Si actualmente tiene seguro de salud de un empleador o unión, el unirse al GEMCare Health Plan pudiera afectar los beneficios del seguro de salud de su empleador o unión.** Si tiene seguro de salud de un empleador o unión, el unirse al GEMCare Health Plan pudiera cambiar la manera como funciona su cobertura actual. Lea las comunicaciones que le envía su empleador o unión. Si tiene preguntas, visite su sitio en Internet, o comuníquese con la oficina mencionada en sus comunicaciones. Si no dice a quién contactar, su administrador de beneficios o la oficina que contesta preguntas sobre su cobertura puede ayudarle.

### **SEGUNDO PASO: Lea la información con cuidado**

Repase la información adjunta para entender el plan de GEMCare Medicare Plus. Si tiene preguntas, comuníquese con GEMCare Medicare Plus al (661) 716-8800 ó llame gratis al (877) 697-2464. TDD/TTY (888) 833-9312.

## TERCER PASO: Llene el formulario de matrícula

### Llene el formulario de matrícula de GEMCare Health Plan Medicare Advantage.

Se le pedirá que incluya la información sobre sus beneficios de Medicare exactamente como aparecen en su tarjeta de Medicare:

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

- **Seleccione su grupo médico y doctor.** Asegúrese de incluir los nombres y números como aparecen en el directorio de médicos de GEMCare Medicare Plus.
- **Lea las preguntas e incluya las respuestas.**
- **Lea la sección “Información importante” al dorso.**
- **Firme y ponga la fecha en el frente del formulario, en la parte de abajo.** Asegúrese de que haya llenado todas las secciones completamente. **Envíe por correo su formulario llenado en el sobre provisto.** La fecha vigente de cobertura depende de cuándo nos devuelva este formulario. Quédese con la copia rosada del formulario y úsela como su tarjeta de identificación temporera.

Si aún no ha recibido su tarjeta de Medicare, puede adjuntar una copia de su Carta de Verificación de la Administración del Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario.

### **GEMCare Health Plan se comunicará con usted dentro de poco.**

Le enviaremos una carta confirmando su matrícula y la fecha vigente. También recibirá un paquete de información que contiene su tarjeta de identificación y otra información sobre el GEMCare Health Plan.

Si tiene preguntas, llámenos al **(661) 716-8800** ó llame gratis al **(877) 697-2464**. **TDD/TTY al (888) 833-9312.** Estamos abiertos de las 8.00 de la mañana a las 8.00 de la noche siete días a la semana.

**Gracias por escoger a GEMCare Medicare Plus. Estamos deseosos de cuidarlo.**



# GEMCare Health Plan

## Formulario de matrícula de Medicare Advantage

**Para matricularse en GEMCare Health Plan, provea la siguiente información:**

Standard Medicare Advantage \$\_\_\_\_\_ por mes *[Nota: al momento de matrícula quizá no se sepa la multa por matricularse tarde (LEP); si CMS confirma una LEP, puede cambiar el costo por mes.]*

Lea las siguientes declaraciones con cuidado y marque la casilla si le aplica la declaración. Marcar cualquier casilla certifica que a su saber y entender, es elegible para un período de matrícula. Si luego determinamos que esta información está incorrecta, usted pudiera ser desafiado.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Soy nuevo a Medicare.   | <input type="checkbox"/> Hace poco me mudé fuera de la zona de servicio de mi plan actual.                           |
| <input type="checkbox"/> Me mudé hace poco y este plan es una nueva opción para mí.  | <input type="checkbox"/> Tengo Medicare y Medicaid, o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare.             |
| <input type="checkbox"/> Recibo ayuda extra para pagar mi cobertura de medicinas recetadas de Medicare.  | <input type="checkbox"/> Ya no soy elegible para recibir ayuda extra para pagar mis medicinas recetadas de Medicare. |
| <input type="checkbox"/> Vivo en o me mude hace poco de un centro de asistencia para estancia prolongada (por ejemplo, asilo de ancianos o centro de asistencia para estancia prolongada). | <input type="checkbox"/> Hace poco dejé un programa de PACE.   |
| <input type="checkbox"/> Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicinas recetadas (cobertura tan buena como la de Medicare).                                      | <input type="checkbox"/> Estoy dejando cobertura de empleador o unión.   |
| <input type="checkbox"/> Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica provisto por mi estado  | <input type="checkbox"/> Hace poco volví a Estados Unidos tras vivir permanentemente fuera de E.U.A.                 |
| <input type="checkbox"/> Estoy en una matrícula anual (15 de noviembre – 31 de diciembre) o un período de matrícula abierto (1 de enero – 31 de marzo).                                    | <input type="checkbox"/> Ninguna de estas declaraciones me aplica a mí.*   |

*\*Comuníquese con GEMCARE Health Plan al 661-716-8800 / 877-697-2464 (usuarios de TTY deben llamar al 888-833-9312) para ver si es elegible para matricularse. 8:00 am a 8:00 pm siete días a la semana.*

APELLIDO	PRIMER nombre	Inicial	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Fecha de nacimiento: ____/____/_____ <small>(M M/D D / A A A A)</small>	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	# Seguro Social: <small>(esta información es opcional)</small> _____ - ____ - _____	Número telefónico del hogar: (____) - ____ - _____
Dirección residencial permanente:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
<b>Dirección postal</b> (solo si difiere de su dirección residencial permanente): <input type="checkbox"/> Igual que la permanente			
Dirección física:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
<b>Contacto en caso de emergencia:</b>	<b>Número telefónico:</b>	<b>Relación con usted</b>	

	(____) - ____ - ____	
E-mail (si es aplicable): _____@_____._____		
<b>Incluya la información de su seguro de Medicare</b>		
Su # de Medicare (de tarjeta de Medicare roja, blanca y azul) _____		
Derecho: Part A Hospital fecha _____ Part B Medicare fecha _____		
<b>Pago de la prima de su plan</b>		
<p><b>Opciones de primas del plan:</b> Si determinamos que debe una multa de matrícula tardía, tendremos que saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo cada mes, trimestre o año. También puede pagar su prima mediante una deducción automática de su cheque de Seguro Social cada mes.</p> <p>Si no califica para ayuda extra para pagar su cobertura de medicinas recetadas de Medicare, Medicare pagará toda o parte de la prima de su plan. Si Medicare solo paga una porción de esta prima, le enviaremos una factura por la porción que Medicare no cubre o deduce de su cheque de Seguro Social.</p> <p>Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.</p> <p><b>Seleccione una opción de pago de su prima:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Recibir una factura  <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual</p> <p><input type="checkbox"/> Deducción automática de su cheque mensual de Seguro Social. (La deducción del Seguro Social puede tomar dos o más meses para empezar. En la mayoría de los casos, la primera deducción de su cheque del Seguro Social incluirá todas las primas que se deben desde la fecha vigente de matrícula hasta el momento en que empiezan las deducciones.</p>		
<b>Lea y conteste estas importantes preguntas:</b>		
<p>1. ¿Tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Si marcó "sí" y ya no requiere diálisis regularmente, o ha tenido un transplante de riñón exitoso, <b>adjunte una nota o registros</b> de su médico que señale que no necesita diálisis o que ha tenido un transplante de riñón exitoso.</p>		
<p>2. Algunas personas quizás tengan otra cobertura de medicinas, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud de empleados federales, beneficios VA, o programas de asistencia farmacéutica estatal.</p> <p>¿Tendrá usted otra cobertura de medicinas recetadas además del GEMCare Health Plan? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Si marcó "sí", indique la otra cobertura y su número de identificación para esta:</p>		
Nombre de la otra cobertura:	# de identificación de cobertura:	# grupo de cobertura:
<p>3. ¿Reside en un centro de asistencia para estancia prolongada, como un asilo de ancianos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Si marcó "sí" provea la siguiente información:</p> <p>Nombre de la institución: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Teléfono #:( _____) _____ - _____</p>		

4. ¿Está matriculado en su programa estatal de Medicaid?  Sí  No

Si marcó sí, provea su número de Medicaid: \_\_\_\_\_

5. ¿Trabaja usted o su cónyuge?  Sí  No

6. Escoja el nombre de un médico de cabecera (PCP), clínica o centro médico:

Médico de cabecera (PCP): \_\_\_\_\_ Identificación del proveedor (opcional): \_\_\_\_\_

Lugar del proveedor (opcional): \_\_\_\_\_ Grupo médico primario: \_\_\_\_\_

7. Marque la casilla abajo si prefiere que le enviemos la información en otro idioma que no sea inglés o en otro formato. Para pedir otro formato llámenos al: 877-697-2464 / 661-716-8800 ó TDD/TTY 888-833-9312.

Español  [Letra grande]

8. Plan de salud anterior (indique con quién está ahora):  Medicare original  Acabo de ser elegible

Nombre del plan: \_\_\_\_\_ ¿Cubre medicinas recetadas?  Sí  No

¿Tiene otro plan de medicinas recetadas?  Sí  No Si marcó sí, ¿quién?: \_\_\_\_\_

9. ¿Desea designar y autorizar a otra(s) persona(s) para que pueda pedir información sobre su salud personal? Así, nos permite divulgar la siguiente clase de información: estatus de facturas o reclamaciones, matrícula, autorizaciones, diagnósticos, etc. *Por ejemplo, si tiene un cónyuge que usted quiere que pueda llamar y preguntar sobre una autorización para usted, ellos podrán hacerlo si anota sus nombres abajo.*

Nombre \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

*Nota: puede cambiar, añadir, actualizar o quitar esta autorización por escrito a GEMCare Health Plan en cualquier momento.*

### Lea y firme abajo, por favor:

#### **Al llenar esta solicitud de matrícula, concuerdo con lo siguiente:**

GEMCare Health Plan es un plan de Medicare Advantage y está en contrato con el gobierno federal. Tendré que quedarme con mi Medicare Partes A y B. Solo puedo tener un plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que al matricularme en este plan terminará automáticamente mi matrícula en otro plan de salud de Medicare o plan de medicinas recetadas. Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura de medicinas recetadas que tenga, o que consiga en el futuro. La matrícula en este plan es normalmente para todo el año. Una vez me matricule, puedo dejar este plan o hacerle cambios únicamente en ciertos períodos del año cuando esté disponible un período de matrícula (ejemplo, 15 de noviembre – 15 de diciembre cada año), o en ciertas circunstancias especiales.

GEMCare Health Plan presta servicios en una zona específica. Si me mudo de esa zona, tengo que avisar al plan para desafiliarme y buscar un nuevo plan en mi nueva zona. Una vez que sea miembro del GEMCare Health Plan, tengo el derecho de apelar de las decisiones sobre pagos o servicios si no concuerdo con ellas. Leeré el *Evidence of Coverage document* (documento sobre la evidencia de cobertura) del GEMCare Health Plan cuando lo reciba para saber qué reglas tengo que seguir para recibir cobertura en este plan de Medicare Advantage. Entiendo que los beneficiarios de Medicare generalmente no están cubiertos bajo Medicare cuando están fuera del país, con excepción de una cobertura limitada cerca de la frontera con Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en que empieza la cobertura del GEMCare Health Plan tengo que recibir toda mi atención médica de GEMCare Health Plan, excepto en emergencias o si requiero servicios urgentemente o servicios de diálisis fuera de la zona. Se cubrirán los servicios autorizados por GEMCare Health Plan [y otros servicios incluidos en mi GEMCare Health Plan *Evidence of Coverage document* (llamado también un contrato con el miembro o acuerdo con el suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI GEMCare Health Plan PAGARÁ POR LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si recibo ayuda de un agente de ventas, de bolsa u otra persona empleada por o contratada con GEMCare Health Plan, puede ser compensada basándose en mi matrícula en el GEMCare Health Plan.

Servicios de asesoría pueden estar disponibles en mi estado para dar recomendaciones sobre seguro suplementario a Medicare u otras opciones del plan de Medicare Advantage o de medicinas recetadas y sobre ayuda médica bajo el programa estatal de Medicaid y el programa de ahorros de Medicare.

**Divulgación de información:** Al unirme al Medicare health plan, reconozco que el Medicare health plan divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. También reconozco que GEMCare Health Plan divulgará mi información, incluso mis datos sobre medicinas recetadas a Medicare, quien puede divulgarla para hacer investigaciones o para otros propósitos que siguen todos los estatutos y regulaciones federales aplicables. Reconozco que GEMCare Health Plan pudiera exigir acceso a mi historial médico a fin de administrar la debida atención médica. La información en este formulario de matrícula es correcta a mi saber y entender. Comprendo que si intencionalmente proveo información falsa en este formulario, seré desafiliado del plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para obrar por mí bajo las leyes del estado donde ella reside) en esta solicitud significa que he leído su contenido y lo entiendo. Si es firmado por una persona autorizada (como se indica arriba), dicha firma certifica que: 1) esta persona está autorizada bajo la ley estatal para llenar esta matrícula y 2) la documentación de esta autoridad está disponible si se le pide a GEMCare Health Plan o a Medicare.

<b>Su firma:</b>	<b>Fecha de hoy:</b>
------------------	----------------------

Si es el representante autorizado, debe firmar arriba y proveer los siguientes datos:

<b>Nombre y dirección</b>	<b>Número telefónico:</b>	<b>Relación con el matriculado</b>
	(____) - ____ - _____	

**Office Use Only:**

Name of Staff Member/Agent/Broker (if assisted in enrollment)	Date of Receipt by Agent/Broker/Staff Member	Plan ID #:	Effective Date of Coverage
	____/____/____ (M M/D D/Y Y Y Y)	_____	____/____/____ (M M/D D/Y Y Y Y)

ICEP/IEP    OEP    AEP    SEP (type): \_\_\_\_\_

Notes:

