



INSTRUCCIONES PARA UNIRSE GEMCare Medicare Plus HMO

PASO UNO: Elegibilidad para matricularse

Puede matricularse en GEMCare Medicare Plus HMO si:

- Tiene derecho a Medicare Parte A (seguro de hospital) y está matriculado en Parte B (seguro médico).
- Reside en Condado de Kern, California
- **No tiene** enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o deficiencia renal que requiere un programa continuo de diálisis; o,
- Si **tuvo** ESRD y requirió diálisis, pero **tuvo** un transplante de riñón exitoso dentro de los últimos 36 meses y **ya no requiere** diálisis (documentación de su médico necesaria).

Normalmente, puede matricularse en un plan de medicinas recetadas de Medicare Advantage (MAPD) únicamente durante el período de matrícula anual (AEP) del 15 de octubre al 7 de diciembre cada año. Hay excepciones que pudieran permitir que se matricule en un plan de medicinas recetadas en otros momentos que no sean este período.

PASO DOS: Lea la información con cuidado

Repase la información adjunta para entender el GEMCare Medicare Plus HMO. Si tiene preguntas, llame a GEMCare Health Plan al (877) 697-2464 or (661) 716-8800. Usuarios de TTY deben llamar al (888) 833-9312.

PASO TRES: Llene el formulario de matrícula

Llene el formulario de matrícula de Medicare Advantage de GEMCare Medicare Plus HMO.

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

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

- **Escoja a su grupo médico y a su médico.** Asegúrese de escribir los nombres y números tal como aparecen en el directorio de médicos de GEMCare Medicare Plus HMO.
- **Lea las preguntas y conteste las preguntas.**
- **Lea la “Información importante”**
- **Firme y ponga la fecha al frente del formulario, en la parte de abajo.** Asegúrese de llenar completamente todas las secciones. **Envíe por correo el formulario en el sobre provisto.** La fecha vigente de la cobertura depende de cuándo nos devuelve este formulario. Guarde la copia rosada del formulario como su tarjeta de identificación temporal.

Si aún no ha recibido su tarjeta de Medicare, puede incluir una copia de su carta de verificación de la Administración del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

GEMCare Health Plan le enviará una carta confirmando su matrícula y fecha de vigencia. También recibirá un paquete de información que contenga su tarjeta de identificación y otra información sobre el GEMCare Medicare Plus HMO.

Si tiene preguntas, llámenos al (877) 697-2464 or (661) 716-8800. Usuarios de TTY deben llamar al (888) 833-9312. Nuestro horario: 8.00am – 8.00pm, de lunes a viernes (menos los días feriados) del 15 de febrero al 14 de octubre, y 8.00am – 8.00pm, siete días a la semana durante el período de elección anual que empieza el 15 de octubre, al 14 de febrero.

Gracias por escoger GEMCare Medicare Plus HMO. Esperamos con anhelo cuidar de usted.



GEMCare Medicare Plus HMO

Formulario de matrícula de medicinas recetadas de Medicare Advantage

Contacte a GEMCare Medicare Plus HMO si necesita información en otro idioma o formato (letra grande)

Para matricularse en GEMCare Medicare Plus HMO, provea la siguiente información:

GEMCare Medicare Plus HMO \$_____ por mes [Nota: al momento de matricularse, la multa por matricularse tarde (LEP) quizá no se sepa; si CMS confirma una LEP, el costo por mes pudiera cambiar.]

Lea las siguientes declaraciones con cuidado y marque el encasillado de las que le apliquen. Al marcar cualquiera de los encasillados usted indica, hasta donde usted sepa, que es elegible para un período de matrícula. Si después determinamos que esta información está incorrecta, usted pudiera ser desafiado.

<p><input type="checkbox"/> Soy nuevo a Medicare.</p> <p><input type="checkbox"/> Hace poco me mudé fuera de la zona de servicio de mi plan actual, o hace poco me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el: _____/_____/_____ (Día / Mes / Año)</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo Medicare y Medicaid o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare.</p> <p><input type="checkbox"/> Ya no califico para ayuda extra para pagar mis medicinas recetadas de Medicare. Dejé de recibir ayuda extra el: _____ (Día / Mes / Año)</p> <p><input type="checkbox"/> Hace poco dejé un programa PACE el: _____/_____/_____ (Día / Mes / Año)</p> <p><input type="checkbox"/> Hace poco regresé a Estados Unidos después de haber vivido permanentemente fuera de E.U.A. Volví a E.U.A. el: _____ (Día / Mes / Año)</p> <p><input type="checkbox"/> Mi plan terminará su contrato con Medicare, o Medicare terminará su contrato con mi plan.</p>	<p><input type="checkbox"/> Estoy en un período de elección anual (15 de octubre - 7 de diciembre cada año).</p> <p><input type="checkbox"/> Me voy a mudar a un centro de asistencia de estancia prolongada (ya vivo allí, o me mudé de allí hace poco). (Por ejemplo: asilo de ancianos o centro de asistencia para estancia prolongada). ¿Cuándo?: _____/_____/_____ (Día / Mes / Año)</p> <p><input type="checkbox"/> Recibo ayuda extra para pagar la cobertura de medicinas recetadas de Medicare</p> <p><input type="checkbox"/> Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura acreditada de medicinas recetadas (cobertura tan buena como la de Medicare). La perdí el: _____ (Día / Mes / Año)</p> <p><input type="checkbox"/> Voy a dejar la cobertura de empleador o de unión el: _____/_____/_____ (Día / Mes / Año)</p> <p><input type="checkbox"/> Estaba matriculado en un plan de necesidades especiales (SNP) pero he perdido las cualificaciones requeridas para estar en ese plan. Fui desafiado del SNP el: _____ (Día / Mes / Año)</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy en un programa de asistencia farmacéutica provista por mi estado.</p>
---	---

Si ninguna de estas declaraciones le aplican a usted o no está seguro, contacte a GEMCare Medicare Plus HMO al (877) 697-2464 or (661) 716-8800. Usuarios de TTY deben llamar al (888) 833-9312 para ver si es elegible para matricularse. Nuestro horario es: 8.00am–8.00pm, lunes a viernes (menos los días feriados) del 15 de febrero al 14 de octubre de 2011, y 8.00am–8.00pm, siete días a la semana del 15 de octubre al 14 de febrero.

APELLIDO	PRIMER nombre	Segundo nombre	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ (Día / Mes / Año)	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Número telefónico del hogar: (____) - ____ - ____	Otro número telefónico: <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Otro _____ (____) - ____ - ____
Dirección física de residencia permanente:			
Ciudad	Estado:	CÓDIGO postal:	
Dirección postal (solo si difiere de su dirección física permanente): <input type="checkbox"/> Igual que la permanente			
Dirección física:			
Ciudad:	Estado:	CÓDIGO postal:	
Contacto en caso de emergencia:	Número telefónico:	Relación con usted	
	(____) - ____ - ____	_____	
Dirección de e-mail (si aplica): _____@_____.			

Suministre la información de su seguro de Medicare

Saque su tarjeta de Medicare para llenar esta sección. Incluya los datos como aparecen en su tarjeta; o puede adjuntar una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Nombre: _____

Número de reclamo de Medicare _____

Días vigentes: Parte A Hospital _____ Parte B Medicare _____

Debe tener Medicare Parte A y Parte B para unirse a un plan de Medicare Advantage.



Lea esta importante información:

Si actualmente tiene una cobertura médica de un empleador o unión, unirse al GEMCare Medicare Plus podría afectar sus beneficios de la cobertura médica de un empleador o unión. Lea las comunicaciones que le envíen su empleador y unión. Si tiene preguntas, visite su página de Internet, o contacte a la oficina mencionada en sus comunicaciones. Si no hay información sobre a quién llamar, el administrador de sus beneficios o la oficina que contesta preguntas sobre su cobertura puede ayudar.

Lea y firme abajo:

Al llenar este formulario de matrícula, concuerdo con lo siguiente:

GEMCare Medicare Plus es un plan de medicinas recetadas de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Necesito quedarme con mi Medicare Partes A y B. Solo puedo estar en un plan de Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi matrícula en este plan pondrá fin automáticamente a mi matrícula en otro plan de salud o plan de medicinas recetadas de Medicare. Es mi responsabilidad informarles de cualquier cobertura de medicinas recetadas que tenga o que pudiera tener en el futuro. La matrícula en este plan es generalmente para todo el año. Cuando me matricule, podré dejar este plan o hacer cambios solo en ciertos períodos del año cuando esté disponible un período de matrícula. (Ejemplo, 15 de octubre al 7 de diciembre cada año), o en ciertas circunstancias especiales.

GEMCare Medicare Plus atiende una zona de servicio específica. Si me mudo de la zona que sirve GEMCare Medicare Plus, tengo que notificarlo al plan para desafilarme y encontrar un nuevo plan en mi nueva zona. Cuando soy miembro del GEMCare Medicare Plus, tengo el derecho de apelar de decisiones del plan sobre pagos o servicios si estoy en desacuerdo. Leeré el *documento Prueba de cobertura* del GEMCare Medicare Plus cuando lo reciba para conocer qué reglas debo seguir para conseguir cobertura con este plan de medicinas recetadas de Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare normalmente no están cubiertas por Medicare cuando salen del país, excepto por cobertura limitada cerca de la frontera con Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en que empiece la cobertura del GEMCare Medicare Plus, tengo que recibir toda mi atención médica con GEMCare Medicare Plus, con excepción de emergencias o atención médica que tenga que conseguirse de inmediato o servicios de diálisis fuera de la zona. Se cubrirán los servicios autorizados por GEMCare Medicare Plus y otros servicios incluidos en mi *documento Prueba de cobertura* de GEMCare Medicare Plus (conocido también como un contrato de miembro o acuerdo de suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI GEMCare Medicare Plus PAGARÁN POR LOS SERVICIOS**

Entiendo que si recibo ayuda de un agente de ventas, corredor de bolsa u otra persona contratada con GEMCare Medicare Plus, tal persona puede recibir su pago basado en mi matrícula en GEMCare Medicare Plus.

Servicios de asesoramiento pudieran estar disponibles en mi estado para proporcionar consejos sobre el seguro suplementario de Medicare u otro Medicare Advantage o plan de medicinas recetadas, así como asistencia médica mediante el programa estatal de Medicare y el programa de ahorro de Medicare.

Divulgación de información: Al unirme a este plan médico de Medicare, reconozco que GEMCare Medicare Plus divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para el tratamiento, pago y operaciones médicas. También reconozco que GEMCare Medicare Plus divulgará mi información, incluso mis datos sobre mis medicinas recetadas, a Medicare, quien podría divulgarla por razones de investigación y otros propósitos que siguen todos los estatutos y las regulaciones federales aplicables. Reconozco que GEMCare Medicare Plus pudiera requerir acceso a mis registros e información médicos a fin de facilitar la atención médica apropiada. La información en este formulario de matrícula está correcta, a mi mejor saber. Comprendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, el plan me desafilará.

Entiendo que mi firma (o la de la persona autorizada para obrar por mí bajo las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y que comprendo lo que dice. Si es firmada por una persona autorizada (como se explica arriba), su firma certifica que: 1) la persona está autorizada bajo la ley estatal para llenar esta matrícula y 2) la documentación de esta autoridad está disponible y puede ser solicitada por GEMCare Medicare Plus o Medicare.

Su firma: _____ **Fecha de hoy:** _____

Si usted es el representante autorizado, tiene que firmar arriba y proveer los siguientes datos:

Nombre y dirección	Número de teléfono:	Relación con el matriculado
_____	(____) - ____ - _____	_____

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

Nombre del miembro del personal /agente/corredor (si ayudó en la matrícula)	Fecha en que lo recibió agente/corredor/miembro del personal	Núm. de identificación del plan:	Fecha de vigencia de la cobertura
_____	____/____/____ (Día / Mes / Año)	_____	____/____/____ (Día / Mes / Año)

ICEP/IEP AEP SEP (tipo): _____

Notas:

Agente de registro: