

Si necesita información en algún otro idioma o formato (Braille), por favor comuníquese con Triple S Medicare Advantage.

**Para inscribirse en el plan Triple-S Medicare Advantage por favor proporcione la siguiente información:**

Por favor, marque el plan en el cual quiere inscribirse:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Triple-S Medicare Óptimo (PPO)<br>Prima Mensual _____         | <input type="checkbox"/> Triple-S Medicare Óptimo Select (HMO)<br>Prima Mensual _____                                | <input type="checkbox"/> Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino Alternativa I (HMO/SNP)<br>(\$25 reducción de prima Parte B)<br>Prima Mensual _____                     |
| <input type="checkbox"/> Triple-S Medicare Óptimo Plus (PPO)<br>Prima Mensual _____    | <input type="checkbox"/> Triple-S Medicare Óptimo Novel (HMO/POS)<br>Prima Mensual _____                             | <input type="checkbox"/> Triple-S Medicare Selecto con Medicare Platino Alternativa II (HMO/SNP)<br>(\$35 reducción de prima Parte B)<br>Prima Mensual _____                    |
| <input type="checkbox"/> Triple-S Medicare Óptimo Premier (HMO)<br>Prima Mensual _____ | <input type="checkbox"/> Triple-S Medicare Óptimo Plan Grupal (PPO)<br>Prima Mensual _____<br>Nombre del Grupo _____ | <input type="checkbox"/> Medicare Óptimo ELA (PPO)<br>Prima Mensual _____<br>Número de Empleado _____<br><input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Dependiente |

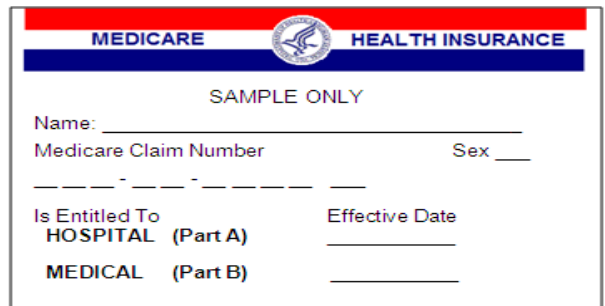
Apellidos:		Nombre:		Inicial:		Sr. Sra. Srta.	
Fecha de Nacimiento: (____/____/____) MM DD AA AA		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Número de teléfono de la casa: ( ) - _____ - _____		Número de teléfono alterno: ( ) - _____ - _____		
Dirección de residencia permanente (no se permiten apartados postales):							
Ciudad:		Estado:		Código Postal: _____ - _____			
Dirección de correo (sólo si es diferente a la dirección de residencia permanente):							
Calle:		Ciudad:		Estado:		Código Postal: _____ - _____	
Contacto de Emergencia:		Número de Teléfono: ( ) - _____ - _____		Relación o parentesco con usted:			
Dirección de correo electrónico:							

**Por favor, proporcione información sobre su seguro de Medicare**

Por favor, saque su tarjeta de Medicare para completar esta sección.

- Por favor, complete los espacios en blanco de manera que concuerden con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Usted debe tener las partes A y B de Medicare para inscribirse en un plan de Medicare Advantage.



**Pago de la prima del plan:**

Si determinamos que usted debe una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagar. Puede enviar por correo su pago mensual utilizando su libreta de cupones, transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés), o tarjeta de crédito. También puede seleccionar pagar su prima con una deducción automática mensual de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario. Si se determina que tiene que pagar una cantidad ajustada mensual de la Parte D debido a sus ingresos, será notificado(a) por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Se le puede retener la cantidad de su cheque de beneficios del Seguro Social o enviar directamente la factura de Medicare, o de la Junta de Retiro Ferroviario. NO pague la cantidad adicional de la Parte D-IRMAA.

Triple S Medicare Óptimo Plus: Usted puede pagar la prima mensual del plan (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía que usted deba) por correo, utilizando libreta de cupones, transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés) o tarjeta de crédito. También puede seleccionar pagar su prima con una deducción automática mensual de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Si se determina que tiene que pagar una cantidad ajustada mensual de la Parte D debido a su ingreso, será notificado(a) por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Usted puede seleccionar pagar su prima con una deducción automática mensual de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario. NO pague la cantidad adicional de la Parte D-IRMAA.

Personas con ingresos limitados pueden calificar para ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar 75% o más de los costos de sus medicamentos incluyendo primas por recetas médicas mensuales, deducibles anuales y coseguro. Además, aquellos que cualifican no tienen período sin cobertura o multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y no lo saben. Para más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778. También puede aplicar para la ayuda adicional a través del sitio de Internet [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si usted cualifica para ayuda adicional con los costos de cobertura de sus medicamentos recetados de Medicare, Medicare le pagará todo o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga sólo una parte de esta prima, nosotros le enviaremos la factura por la cantidad que no cubre Medicare.

Si usted no selecciona una opción de pago, recibirá una libreta de cupones.

**Por favor, seleccione una opción para el pago de la prima del plan:**

Recibir una libreta de cupones

Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta de banco cada mes. Por favor, adjunte un cheque CANCELADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del dueño de la cuenta: \_\_\_\_\_

Número de ruta del banco: \_\_\_\_\_

Número de cuenta del banco: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta:  Cheques  Ahorros

Tarjeta de crédito. Por favor, proporcione la siguiente información:

Tipo de Tarjeta: \_\_\_\_\_

Nombre del dueño de la cuenta tal como aparece en la tarjeta: \_\_\_\_\_

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(MM) (AAAA)

Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario. (Puede tomar dos meses o más para comenzar la deducción después que el Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario aprueba la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario incluirá todas las primas que deba su inscripción desde la fecha que entra en vigencia hasta que comience la retención. Si el Seguro Social/la Junta de Retiro Ferroviario no aprueba su solicitud para deducción automática, le enviaremos una factura por su prima mensual.)

**Por favor, lea y responda estas importantes preguntas:**

1. ¿Tiene usted Fallo Renal en Etapa Terminal? (ESRD)  Sí  No

Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso y/o si ya no necesita diálisis en forma regular, por favor adjunte una nota o registros de su doctor que muestren que su trasplante de riñón fue exitoso o que usted ya no necesita diálisis, de lo contrario es posible que tengamos que comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluyendo seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios médicos de empleados federales, beneficios para veteranos (VA) o programas estatales de ayuda farmacéutica.

¿Va a tener otra cobertura de medicamentos recetados además de Triple-S Medicare Óptimo Plus, Óptimo Premier, Óptimo Novel, Óptimo Select o Selecto Platino?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", por favor, haga una lista de sus otras coberturas y el (los) número(s) de identificación para la(s) cobertura(s):

Nombre de la otra cobertura:

Número de identificación de la cobertura:

Número de grupo de la cobertura:

3. ¿Es usted residente de una institución de cuidados a largo plazo, como un asilo de ancianos?  Sí  No

Si respondió "Sí", por favor proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

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

Dirección de la institución:

Número de teléfono

( ) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

4. ¿Está inscrito en un programa estatal de Medicaid?  Sí  No

Si respondió "Sí", por favor proporcione su número de Medicaid: \_\_\_\_\_

5. ¿Trabaja usted o su esposo(a)?  Sí  No

**Identificación del Médico de Cabecera:**

**Triple-S Medicare Óptimo, Óptimo Plus, Óptimo Premier, Óptimo Novel**

Solo para uso Triple S

Nombre:

Especialidad:

Dirección Física:

Número de Teléfono:

**Información del Médico de Cuidado Primario (PCP) e IPA**

**Triple-S Medicare Óptimo Select, Selecto Platino Alternativas I y II**

Solo para uso Triple S

Nombre:

Número de Teléfono:

Dirección Física:

Especialidad:

Numero de IPA:

Dirección de la IPA:

Número de Teléfono de la IPA:

Por favor, marque una de las casillas/opciones a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que sea el inglés o en otro formato:

Español       Inglés      Otro Idioma: \_\_\_\_\_

Por favor comuníquese con Triple-S Medicare Advantage al 1-800-510-0722 o al 787-774-6083 para el área metro, si necesita información en otro formato o idioma además de los que se incluyeron anteriormente. Los usuarios TTY pueden llamar al 1-800-383-4457 ó al 787-749-4059 en el área metro. Nuestro horario de servicio es de lunes a domingo 8:00 a.m - 8:00 p.m.



**Por favor, lea esta información importante**

Si actualmente tiene cobertura médica por parte de un empleador o sindicato, el inscribirse en Triple-S Medicare Óptimo, Óptimo Plus, Óptimo Premier, Óptimo Select, Óptimo Novel y Selecto Platino puede afectar los beneficios médicos de su empleador o sindicato. Usted puede perder la cobertura médica de su empleador o sindicato al ingresar en Triple-S Medicare Óptimo, Óptimo Plus, Óptimo Premier, Óptimo Select, Óptimo Novel o Selecto Platino. Lea las comunicaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web, o comuníquese con la oficina que aparece en sus comunicaciones. Si no hay información sobre con quién comunicarse, el administrador de sus beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudar.

**Por favor, lea y firme a continuación:**

**Al completar esta aplicación de inscripción, estoy de acuerdo con lo siguiente:**

Triple-S Medicare Óptimo, Óptimo Plus, Óptimo Premier, Óptimo Select, Óptimo Novel y Selecto Platino son planes Medicare Advantage que tienen un contrato con el gobierno federal. Voy a tener que mantener la cobertura de las Partes A y B de Medicare. Solamente puedo estar en un solo plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan automáticamente termina mi inscripción en otro plan médico o plan de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informarles acerca de cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga ahora o que pueda tener en el futuro. Entiendo que si no tengo cobertura de medicamentos recetados de Medicare o una cobertura de medicamentos recetados confiable (tan buena como la de Medicare) es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía además de la prima por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro. La inscripción en este plan, por lo general, es por todo el año. Una vez que me inscriba, puedo salir de este plan o hacer cambios si el período de inscripción está disponible (por ejemplo, durante el Periodo de Inscripción Anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

Triple-S Medicare Óptimo, Óptimo Plus, Óptimo Premier, Óptimo Select, Óptimo Novel y Selecto Platino proporcionan servicio a un área específica. Si me mudo fuera del área en la cual Triple-S Medicare Óptimo, Óptimo Plus, Óptimo Premier, Óptimo Select, Óptimo Novel y Selecto Platino proporciona servicio, necesito notificar al plan de manera que pueda darme de baja y encontrar un nuevo plan en el área nueva. Desde el momento en que sea miembro de Triple-S Medicare Óptimo, Óptimo Plus, Óptimo Premier, Óptimo Select, Óptimo Novel y Selecto Platino tengo el derecho de apelar cualquier decisión del plan sobre pagos o servicios, si estoy en desacuerdo. Leeré la Evidencia de Cubierta de Óptimo, Óptimo Plus, Óptimo Premier, Óptimo Select, Óptimo Novel y Selecto Platino cuando lo reciba para saber cuáles reglas debo seguir para obtener cobertura con este plan de Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare por lo general no tienen cobertura de Medicare cuando están fuera del país excepto por cobertura limitada cerca de la frontera de Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Triple-S Medicare Óptimo, Óptimo Plus, Óptimo Premier, Óptimo Select, Óptimo Novel y Selecto Platino, debo obtener todos mi atención médica de Triple-S Medicare Advantage, excepto en casos de emergencia o cuando necesite servicios de urgencia o servicios de diálisis fuera del área.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Triple-S Medicare Óptimo y Óptimo Plus el usar los servicios dentro de la red, puede costar menos que los servicios fuera de la red, excepto en casos de emergencia o cuando necesite servicios de urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Si los servicios fueron necesarios por razones médicas, Triple-S Medicare Óptimo y Óptimo Plus me reembolsará todos los beneficios cubiertos por el plan, aunque haya recibido los servicios fuera de la red. Los servicios autorizados por Triple-S Medicare Óptimo, Óptimo Plus, Óptimo Premier, Óptimo Select, Óptimo Novel y Selecto Platino y otros servicios incluidos en mi documento de Evidencia de Cubierta de Triple-S Medicare Óptimo, Óptimo Plus, Óptimo Premier, Óptimo Select, Óptimo Novel y Selecto Platino (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscriptor) tendrán cobertura. Sin autorización, NI MEDICARE, NI Óptimo, Óptimo PLUS, Óptimo PREMIER, Óptimo SELECT, **Óptimo NOVEL O SELECTO PLATINO PAGARA LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si estoy recibiendo asistencia de algún agente de ventas, agente de seguros o cualquier otra persona empleada o contratada por Triple-S Medicare Óptimo, Óptimo Plus, Óptimo Premier, Óptimo Select, Óptimo Novel o Selecto Platino, él/ella puede recibir pagos basados en mi inscripción en Triple-S Medicare Óptimo, Óptimo Plus, Óptimo Premier, Óptimo Select, Óptimo Novel o Selecto Platino.

**Divulgación de información:** Al inscribirme en este plan médico de Medicare, entiendo que Triple-S Medicare Óptimo, Óptimo Plus, Óptimo Premier, Óptimo Select, Óptimo Novel o Selecto Platino dará a conocer mi información a Medicare y a otros planes en caso de que sea necesario debido a tratamiento, pagos y servicios médicos. También, entiendo que Triple-S Medicare Óptimo, Óptimo Plus, Óptimo Premier, Óptimo Select, Óptimo Novel y Selecto Platino dará a conocer mi información incluyendo datos sobre mis medicamentos recetados a Medicare, quien puede darla a conocer para estudios y otros propósitos que sigan todos los estatutos y reglamentos federales que apliquen. La información en este formulario de inscripción es correcta hasta donde tengo conocimiento. Entiendo que si, de manera intencional, proporciono información falsa en este formulario, se me dará de baja del plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre de acuerdo a la ley del estado en el que vivo) en esta aplicación significa que he leído y entendido el contenido de esta aplicación. Si la firma una persona autorizada (tal como se explicó antes), esta firma certifica que:

- 1) Esta persona está autorizada bajo la ley del estado a completar esta inscripción.
- 2) Los documentos de esta autorización estarán disponibles en caso de ser solicitados por Medicare.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Parentesco con la persona inscrita: \_\_\_\_\_

**Uso de Triple S Salud solamente**

Nombre del representante (agente/corredor) si asistió en la solicitud: \_\_\_\_\_  
Plan ID #: \_\_\_\_\_  
Fecha de efectividad de la cubierta: \_\_\_\_\_  
ICEP / IEP \_\_\_ AEP \_\_\_ SEP (motivo) \_\_\_\_\_ No elegible: \_\_\_\_\_