



Formulario de confirmación de cita de ventas

Ponga sus iniciales en la casilla junto al tipo de plan que quiere que el agente analice con usted.
 Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid requieren que los agentes documenten el alcance de una cita de mercadeo antes de cualquier reunión de ventas personalizada para asegurar la comprensión de lo que se analizará entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado).

Medicare Advantage (Parte C), los Planes de Medicamentos Recetados de Medicare Advantage y otros planes de Medicare

Organización de Mantenimiento de la Salud de Medicare (HMO) – Un plan de Medicare Advantage que debe cubrir toda la atención médica de la Parte A y la Parte B. En la mayoría de las HMO, solo puede ir a los médicos, especialistas u hospitales de la red del plan, excepto en caso de emergencia.

Al firmar este formulario, usted acepta una reunión con un agente de ventas para discutir los tipos de productos que usted firmó anteriormente. Tenga en cuenta que la persona que hablará sobre los productos es un empleado o contratado de un plan de Medicare. No trabaja directamente para el gobierno federal. Esta persona también puede recibir un pago en función de su inscripción en un plan.
 La firma de este formulario NO afecta su inscripción actual, ni lo inscribirá en un plan Medicare Advantage, un plan de medicamentos recetados u otro plan de Medicare.

Firma del beneficiario o del representante autorizado y fecha de la firma:

Firma:	Fecha de la firma:
--------	--------------------

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba en letra de imprenta abajo:

Nombre del representante:	Su relación con el beneficiario:
---------------------------	----------------------------------

Para ser completado por el agente:

Nombre del agente:	Teléfono del agente:
Nombre del beneficiario:	Teléfono del beneficiario:
Dirección del beneficiario:	
Método inicial de contacto:	
Firma del agente:	Fecha:

[Solo para uso del plan:]

Astiva Health es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Astiva Health depende de la renovación del contrato. **ATENCIÓN:** Si usted habla otro idioma, los servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita, están a su disposición. Llame al 1-866-688-9021. (TTY: 711) **ATENCIÓN:** Si habla español, los servicios de asistencia lingüística están disponibles sin costo alguno para usted. Llame al 1-866-688-9021 (TTY: 711).

La documentación del alcance del nombramiento está sujeta a los requisitos de retención de registros de la CMS

Sección 1 - Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Seleccione el plan en el que quiere inscribirse:



- Astiva Health Advantage - Condado de Orange \$0 por mes 001
- Astiva Health Advantage - Condado de San Diego \$0 por mes 003
- Astiva Health Value - Condado de Orange \$33.00 por mes 002
- Astiva Health Value - Condado de San Diego \$33.00 por mes 004

NOMBRE DE PILA:		APELLIDO:		Inicial del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (/ /)		Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Teléfono: ()	
Dirección de residencia permanente (No introduzca un apartado de correos o PO box):					
Ciudad:		Condado:		Estado:	Código postal:
Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite un apartado de correos):					
Dirección postal		Ciudad:		Estado:	Código postal

Su información de Medicare:

Número de Medicare: _ _ _ - _ _ - _ _ _

Responda a estas importantes preguntas:

1. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de Astiva Health? Sí No
Nombre de la otra cobertura: Número de miembro para esta cobertura: Número de grupo para esta cobertura:

2. ¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid? Sí No
En caso afirmativo, por favor proporcione su número de Medicaid _____

IMPORTANTE: Lea y firme abajo:

- Debo mantener la cobertura de hospital (Parte A) y la cobertura médica (Parte B) para permanecer en Astiva Health.
- Inserto de los planes de la Parte D: Debo conservar la cobertura de hospital (Parte A) o la cobertura médica (Parte B) para permanecer en Astiva Health.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage o en el plan de medicamentos con receta de Medicare, reconozco que Astiva Health compartirá mi información con Medicare, que podrá utilizarla para dar seguimiento a mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (véase la Declaración de la Ley de Privacidad más adelante).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuestas puede afectar la inscripción en el plan.
- La información de este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si intencionalmente doy información falsa en este formulario, seré dado de baja del plan.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto por la cobertura limitada cerca de la frontera entre Estados Unidos y México.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Astiva Health, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Astiva Health. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por Astiva Health y contenidos en mi documento "Evidencia de cobertura" de Astiva Health (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni Astiva Health pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe en la página anterior), esta firma lo certifica:
 - 1) Esta persona está autorizada por la ley del Estado para completar esta inscripción, y
 - 2) La documentación de esta autoridad está disponible a petición de Medicare.

Firma	La fecha de hoy:
--------------	-------------------------

Si usted es el representante autorizado, firme y llene estos campos:

Nombre:	Dirección:
Teléfono:	Relación con el inscrito:

Sección 2 – Todos los campos de esta página son opcionales

Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura por no completar esta sección.

Seleccione una opción si quiere que le enviemos información en otro idioma que no sea el inglés. Español Vietnamita

Seleccione uno si quiere que le enviemos información en un formato accesible. Braille Letra grande
Contacte a Astiva Health si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado anteriormente. Nuestro horario de oficina es siete días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm. Los usuarios de TTY pueden llamar al número 711 de TTY.

¿Trabaja usted? Sí No ¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Nombre de pila del PCP:	Inicial del segundo nombre del PCP:	Apellido del PCP:
IPA / Grupo Médico:	PCP ID#:	¿Paciente existente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Contacto de emergencia: Parentesco: Número de teléfono: ()

Dirección de correo electrónico:

Pagar las primas de su plan

Si se inscribe en Astiva Health Advantage 001 y 003 con una prima mensual de \$0: Si determinamos que adeuda una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo preferiría pagarla. Puede pagar por correo. También puede optar por pagar su prima mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Railroad Retirement Board (RRB) cada mes. Si se le impone un monto de ajuste mensual de Parte D relacionado con los ingresos, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar este monto extra además de la prima de su plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficio del Seguro Social o Medicare o la RRB se lo facturará directamente. **NO le pague a Astiva Health la Parte D-IRMAA.**

Si se inscribe en Astiva Health Value 002 y 004 con una prima mensual: Puede pagar por correo la prima mensual del plan, incluyendo cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que pueda adeudar. También puede optar por pagar su prima mediante una deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Railroad Retirement Board (RRB) cada mes.

Si se le impone un monto de ajuste mensual relacionado con la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar este monto extra además de la prima de su plan. Se le retendrá la cantidad de su cheque de beneficio del Seguro Social o se le facturará directamente a Medicare o a RRB. NO le pague a Astiva Health la Parte D-IRMAA.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

Seleccione una opción de pago para la prima:

- Reciba una factura
- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Railroad Retirement Board (RRB) (La deducción del Seguro Social o de la RRB puede tardar dos o más meses en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

*** Solo para uso de la oficina**

Agente/corredor: _____ Número NPN: _____

Agencia: _____ Fecha de vigencia de cobertura. _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No elegible: _____

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA) o de Medicamentos con receta (PDP), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Los artículos 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Sistema de Notificación de Registros (SORN) "Medicare Advantage"

Certificado de elegibilidad para un período de inscripción

Normalmente, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle la inscripción en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Lea cuidadosamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un Período de Inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Me he mudado recientemente fuera del área de servicio para mi plan actual o me he mudado recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé en fecha (insertar fecha) _____.
- Recientemente fui liberado de la prisión. Fui liberado en fecha (insertar fecha) _____.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. en fecha (insertar fecha) _____.
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus en fecha (insertar fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recién obtenido el Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia del Medicaid, o perdí el Medicaid) en fecha (insertar fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Extra para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente recibí Ayuda Extra, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Extra, o perdí la Ayuda Extra) en fecha (insertar fecha) _____.
- Tengo ambos, Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Extra para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me estoy mudando, residiendo o saliendo recientemente de un centro de cuidados de largo plazo (por ejemplo, un asilo de ancianos o un centro de cuidados de largo plazo). Me mudé/me mudaré a/del centro en fecha (insertar fecha) _____.
- Recientemente dejé un programa PACE en fecha (insertar fecha) _____.
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos con receta (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos en fecha (insertar fecha) _____.
- Dejaré la cobertura del empleador o del sindicato en fecha (insertar fecha) _____.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Me inscribí en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó en fecha (insertar fecha) _____.
- Me inscribí en un Plan de Necesidades Especiales (SNP) pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para permanecer en ese plan. Fui dado de baja del SNP en fecha (insertar fecha) _____.
- Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal de Manejo de Emergencias (FEMA) Una de las otras declaraciones aquí se aplica a mi caso, pero no pude lograr mi inscripción debido al desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con Astiva Health al 1-866-688-9021, los usuarios de TTY deben llamar al 711 para ver si son elegibles para la inscripción. Estamos abiertos de 8:00 am a 8:00 pm los siete días de la semana.