

Cómo inscribirse

En línea en: AllinaHealth AetnaMedicare.com o a través de Medicare en Medicare.gov	Llámenos al: 1-833-856-3723 (TTY: 711)	A través de su agente: entregue a su agente el formulario completo.	Por fax: Atención: Departamento de Inscripción Fax: 1-844-749-2651	Por correo a: Allina Health Aetna Medicare PO Box 14077 Lexington, KY 40512
---	--	---	---	---

Prepárese

Tenga todo lo siguiente a mano:

- Su tarjeta blanca, roja y azul del seguro Medicare
- Su información de seguro de salud de cualquier otro seguro que tenga (incluido Medicaid).
- Si actualmente es miembro de Allina Health | Aetna Medicare, o lo ha sido en el pasado, tenga su número de identificación de miembro listo para incluirlo en la sección "Responda estas preguntas importantes".
- La información de su proveedor de atención primaria que se encuentra disponible en línea en **AllinaHealthAetnaMedicare.com/findprovider**

¿Tiene preguntas?

Llámenos al **1-833-856-3723 (TTY: 711)**. Estamos disponibles de 08:00 a. m. a 08:00 p. m. los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 08:00 a. m. a 08:00 p. m. de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

Consejos para su solicitud de inscripción

- Cada solicitante debe completar su propia inscripción. No fotocopie un formulario para volver a utilizarlo.
- **Use letra imprenta y legible. Complete todas las secciones.** No se olvide de firmar y fechar el formulario.
- **En caso de personas sin hogar:** Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, se puede considerar su dirección de residencia permanente lo siguiente: un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social).
- Si se inscribe fuera del plazo del Período de inscripción anual (AEP), debe confirmar su período de inscripción (consulte la siguiente página).
- Haga una copia de la solicitud completa para sus registros.
- Le recomendamos que confirme que se recibió su formulario si lo envía por fax o por correo (llámenos para confirmar la recepción o envíe un correo certificado).

Gracias por elegir nuestro plan. Tendrá noticias nuestras en un período de 10 a 14 días.

JC27 1 ___ / ___ / ___
MM / DD / HH

Normalmente, se puede inscribir en un plan de Medicare Advantage solo durante el **Período de inscripción anual (AEP) desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año**. Existen excepciones que le pueden permitir inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea atentamente los siguientes enunciados y marque la casilla si el enunciado se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted está certificando, a su leal saber y entender, que es elegible para un Período de Inscripción. Si más adelante determinamos que esta información no es correcta, se podrá cancelar su inscripción.

Nombre del posible miembro	Número de Medicare ____ - ____ - ____
-----------------------------------	---

Motivos para la elegibilidad en el Período de inscripción anual

- ☐ Me inscribo **entre el 10/15/26 y el 12/7/26** durante el Período de inscripción anual actual.

Motivos para la elegibilidad en el Período de inscripción inicial

- ☐ Es la primera vez que tengo Medicare.
- ☐ Es la primera vez que tengo Medicare y me informaron que tenía que recibir Medicare después de que empezara la cobertura de la Parte A o de la Parte B. Recibí la notificación el ____/____/____ (fecha).
- ☐ Antes tenía Medicare, pero ahora voy a cumplir 65 años.

Motivos para la elegibilidad en el Período de inscripción abierta

Entre el 1/1/27 y el 3/31/27:

- ☐ Tengo un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio.

Entre el 4/1/27 y el 12/31/27:

- ☐ Tengo un plan Medicare Advantage y hace menos de 3 meses que tengo Medicare. Quiero hacer un cambio.

Motivos para la elegibilidad del Período de inscripción especial (SEP)

- ☐ Me mudé a una nueva dirección que está fuera del área de servicio de mi plan actual, o me mudé recientemente y tengo nuevas opciones disponibles para mí. Me mudé el ____/____/____ (fecha).
- ☐ Salí de la cárcel. Fui liberado el ____/____/____ (fecha).
- ☐ Volví a los Estados Unidos después de vivir fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el ____/____/____ (fecha).
- ☐ Hace poco obtuve un estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el ____/____/____ (fecha).
- ☐ Hace poco hubo un cambio en mi plan de Medicaid (recién inscrito en Medicaid, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdió Medicaid) el ____/____/____ (fecha).

Continúa en la siguiente página

JC27 1 ____/____/____
MM/DD/HH

Nombre del posible miembro	Número de Medicare
	____ - ____ - ____

- ☐ Tengo Medicare y recibo todos los beneficios de Medicaid. Quiero unirme o cambiarme a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de atención administrada de Medicare y Medicaid (llamado Doble elegibilidad Plan de necesidades especiales (D-SNP, por sus siglas en inglés) integrado).
- ☐ Hace poco hubo un cambio en la Ayuda adicional para pagar los costos de mis medicamentos (recién inscrito en la Ayuda adicional, hubo un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdió la Ayuda adicional) el ____/____/____ (fecha).
- ☐ Me he dado de baja en un plan PACE (Programas de atención integral para las personas de edad avanzada) el ____/____/____ (fecha).
- ☐ Vivo en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia o un hospital de rehabilitación.
- ☐ Hace poco salí de un centro de cuidados de larga duración, como un hogar de convalecencia o un hospital de rehabilitación. Me fui del centro el ____/____/____ (fecha).
- ☐ Perdí otra cobertura de medicamentos que no es de Medicare (cobertura acreditable), o mi otra cobertura que no es de Medicare cambió y ya no se considera cobertura acreditable. Perdí mi cobertura de medicamentos el ____/____/____ (fecha).
- ☐ Dejé la cobertura de mi empresa o sindicato (incluida la cobertura COBRA) el ____/____/____ (fecha).
- ☐ Pertenezco a un Programa estatal de asistencia farmacéutica calificado, o estoy perdiendo la ayuda de un Programa estatal de asistencia farmacéutica.
- ☐ Perdí mi cobertura porque mi plan ya no cubre el área en donde vivo.
- ☐ Perdí mi cobertura porque Medicare finalizó su contrato con mi plan. Recibí una carta de Medicare indicando que podía unirme a otro plan. Perdí mi cobertura el ____/____/____ (fecha).
- ☐ Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. La inscripción en ese plan comenzó el ____/____/____ (fecha).
- ☐ Perdí mi Plan de necesidades especiales porque ya no tengo la afección que requiere el plan. Se canceló mi inscripción en el plan el ____/____/____ (fecha).
- ☐ Deseo inscribirme en un plan de necesidades especiales que personalice los beneficios para mi afección crónica.
- ☐ Fui afectado por una emergencia o desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA), o por un gobierno federal, estatal o local). Una de las otras declaraciones se aplicaba a mí, pero no pude hacer mi solicitud debido al desastre.

Continúa en la siguiente página

JC27 1 ____ / ____ / ____
MM / DD / HH

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted, pero cree que tiene una circunstancia especial que le permite inscribirse, puede llamarnos al **1-833-856-3723 (TTY: 711)**. Estamos disponibles de 08:00 a. m. a 08:00 p. m. los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 08:00 a. m. a 08:00 p. m. de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Podemos ayudarlo a determinar si califica para un período de elección especial.

En caso contrario, anote abajo el motivo de su Período de elección especial. Allina Health | Aetna Medicare puede ponerse en contacto con usted para determinar si es elegible.

☐ Otro motivo de su SEP: _____

Formulario de solicitud de inscripción

Nombre del agente:

Número Nacional de Productor (NPN):

Para inscribirse en un plan de Allina Health | Aetna Medicare, brinde la siguiente información:

Elija su plan

Marque el plan en el que quiera inscribirse.

- ☐ *Allina Health Aetna Medicare Chronic (PPO C-SNP)
(H3219-015)

\$0.00 por mes

*Nota: Los planes con un asterisco (*) junto al nombre del plan deben tener asignado un Proveedor de atención primaria (PCP). Consulte la información **Elija su Proveedor de atención primaria (PCP)** de abajo.*

Fecha propuesta de entrada en vigencia de la cobertura: __ / __ / __

Las fechas de entrada en vigencia se basan en el período de inscripción que esté usando para inscribirse y en las reglamentaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. A menos que sea nuevo en Medicare o elegible para un Período de elección especial (SEP), la fecha de entrada en vigencia será el 1 de enero. Allina Health | Aetna Medicare no puede garantizar que la fecha de entrada en vigencia que ha solicitado se respetará.

Elija su Proveedor de atención primaria (PCP)

Algunos de nuestros planes coordinan su atención a través de un PCP. Hemos señalado estos planes con un asterisco (*) junto al nombre del plan (Ejemplo: "*Allina Health | Aetna Medicare (PPO)"). Si ha seleccionado un plan señalado con un asterisco y no elige un PCP, es posible que no paguemos su atención y le asignemos uno. **Tenga en cuenta que un especialista no se considera una selección válida de PCP.**

Si el plan que ha seleccionado NO tiene un asterisco (*) junto al nombre de su plan, todavía tiene la opción de elegir un PCP. Cuando sabemos quién es su médico, podemos respaldar aún mejor su atención médica.

Escriba el **nombre, Identificación del proveedor e Identificación de atención primaria** de su proveedor de atención primaria (PCP) abajo. Visite nuestro directorio de proveedores en línea en **AllinaHealthAetnaMedicare.com/findprovider** o llame al **1-833-856-3723 (TTY: 711)** para encontrar información sobre proveedores o un PCP de la red para su selección de plan específica.

Nombre completo de su PCP (nombre y apellido)

¿Es paciente en la actualidad?

☐ Sí ☐ No

Identificación de proveedor (que se encuentra en el directorio de proveedores)

--	--	--	--	--	--	--

Identificación de atención primaria (que se encuentra en el directorio de proveedores)

--	--	--	--	--	--

JC27 ¹__ / __ / __
MM / DD / HH

Su información

Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre	
Fecha de nacimiento M M / D D / A A A A		Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	Número de teléfono (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ ¿Es un número móvil? ☐ Sí ☐ No		
Dirección de correo electrónico					
Escriba a continuación la dirección de su residencia permanente, incluya apartamento/suite/unidad. No ingrese un apartado postal a menos que actualmente esté sin vivienda. ☐ Marque aquí si actualmente está sin vivienda					
Dirección de residencia permanente					
Domicilio - incluir apartamento, suite o unidad					
Ciudad		Condado		Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente de su domicilio permanente)					
Dirección - incluido el apartamento, la suite o unidad					
Ciudad				Estado	Código postal

Su información de Medicare

Esta información está en su tarjeta roja, blanca y azul del seguro Medicare
Para inscribirse en un plan de Medicare Advantage debe tener las Partes A y B.

Número de Medicare: _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _	Fecha de vigencia: ATENCIÓN HOSPITALARIA (Parte A) _ _ / _ _ / _ _ _ _ ATENCIÓN MÉDICA (Parte B) _ _ / _ _ / _ _ _ _
---	--

Responda estas preguntas importantes

☐ Sí ☐ No	1. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además de Allina Health Aetna Medicare? Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos que incluye otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica. Si la respuesta es "Sí", mencione su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación de esa cobertura: Nombre de la otra cobertura: _____ N.º de identificación de esa cobertura: _____ N.º de grupo para esta cobertura: _____												
☐ Sí ☐ No	2. ¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su estado? Si la respuesta es "Sí", escriba su número de Medicaid (tenga en cuenta que este no es su Número de Seguridad Social):												
☐ Sí ☐ No	3. ¿Es usted un miembro actual o anterior de Allina Health Aetna Medicare? Si responde "Sí", escriba su número de identificación de miembro de Allina Health Aetna Medicare (12 dígitos que comienzan con "10"): <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 5%;">0</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>	1	0										
1	0												

Las siguientes preguntas son opcionales

Responder estas preguntas es su elección. No pueden denegarle la cobertura por no responderlas.

Indique el **idioma de preferencia que habla** (si no es inglés):

☐ Español ☐ Chino ☐ Otro (especifique):

Indique el **idioma de preferencia en el que escribe** (si no es inglés):

☐ Español ☐ Chino ☐ Otro (especifique):

Seleccione una casilla si desea que le enviemos la información en un formato accesible:

☐ Braille ☐ Tamaño de letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Llámenos al **1-833-856-3723 (TTY: 711)** si necesita información en un formato accesible distinto a los indicados anteriormente. Estamos disponibles de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

¿Le gustaría recibir las comunicaciones electrónicamente en lugar de por correo postal?

Podemos enviarle un correo electrónico cuando determinados documentos, como su Explicación de beneficios (EOB), estén disponibles para consultarlos en línea. Asegúrese de incluir su dirección de correo electrónico en la sección Su información que aparece más arriba. Puede darse de baja en cualquier momento iniciando sesión en nuestro sitio web para miembros en **AllinaHealth AetnaMedicare.com** o llamando al servicio de atención al miembro al número que figura en su tarjeta de identificación. Si su dirección de correo electrónico no es válida o no se pueden entregar los correos electrónicos, le enviaremos sus documentos por correo postal. Seleccione una o varias de las siguientes opciones:

☐ **Explicación de beneficios (EOB):** un extracto en el que se indica el importe que ha abonado su plan y el importe que usted podría tener que abonar a su proveedor. Recibirá un correo electrónico cada vez que haya un documento listo para consultar.

☐ **Otras Comunicaciones:** otras cartas, avisos y novedades que podría recibir por correo. Recibirá un correo electrónico cada vez que haya un documento listo para consultar.

Pago de la prima del plan o de la multa por inscripción tardía (LEP)

Díganos cómo quiere pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa de inscripción tardía que pueda adeudar). Elija una opción incluso si su plan tiene una prima de \$0. Si no elige una opción de pago, le enviaremos de manera automática una factura todos los meses.

☐ **Transferencia electrónica de fondos (EFT) de una caja de ahorros o cuenta corriente**

- No tendrá que acordarse de enviar un cheque cada mes.
- El dinero se debita automáticamente desde su cuenta el día <10> de cada mes (o el siguiente día hábil).
- Deduiremos el total del monto adeudado en su cuenta. Esto incluye el pago de la prima mensual actual, así como cualquier pago adeudado al momento de la deducción mensual.

Complete la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta:

(Escriba el nombre tal como aparece en la cuenta de la que se debitará.)

Nombre del banco:

NÚMERO DE ENRUTAMIENTO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NÚMERO DE CUENTA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tipo de cuenta:

☐ Corriente ☐ De ahorros

Firma del titular de la cuenta: (si no es el inscrito) _____

Acepto que esta autorización permanezca en vigencia hasta que presente una notificación por escrito en la que dé por finalizado este servicio.

☐ **Deducción automática del cheque de beneficios de la Administración del Seguro Social (SSA) o la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).**

Recibo beneficios mensuales de: ☐ Seguro Social ☐ RRB

No seleccione esta opción si:

- Otro programa (como un Grupo del empleador o un Programa estatal de asistencia farmacéutica, SPAP) paga parte de su prima.
- Se inscribe en un plan con una prima de \$0 y no debe pagar una multa por inscripción tardía.
- Usted se inscribe en un Plan de necesidades especiales con elegibilidad doble (D-SNP) o un Plan de necesidades especiales institucionales (ISNP).
- La Administración del Seguro Social (SSA) o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) nos indicarán cuándo empezará a deducirse la prima de su cheque de la SSA/RRB (puede tardar hasta 3 meses). Mientras esperamos que se procese su solicitud, le enviaremos una factura para pagar su prima.
- A veces, la SSA/RRB puede no aceptar la solicitud de deducciones de su cheque de la SSA/RRB. Si esto ocurre, le enviaremos una factura para pagar su prima mensual.

JC27 1 ____ / ____ / ____
MM / DD / HH

□ Pagos mensuales mediante factura

- Puede enviarnos un cheque por correo con su talón de pago cada mes.
- Puede entrar en internet y pagar usando una tarjeta de débito o crédito luego de que su inscripción en el plan esté activa.
- Puede llevar su factura a cualquier minorista CVS Pharmacy® y pagar en efectivo o con tarjeta de crédito o débito. (Este servicio no está disponible en locales de CVS Pharmacy en Target® ni Schnucks Pharmacy).

Notas adicionales sobre el pago y las opciones

- El Seguro Social se comunicará con usted si tiene que pagar un Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D (IRMAA de la Parte D). Tendrá que pagar este monto adicional y también tendrá que pagar la prima de su plan. Se le podrá retener el monto de su cheque de beneficios de la SSA o de la RRB, o bien Medicare o la RRB lo facturarán directamente. **No nos envíe su pago correspondiente al IRMAA de la Parte D.**
- Las cancelaciones por escrito de las EFT deben recibirse antes del día 1 del mes en que se realiza la EFT. Las transacciones mediante EFT se realizarán el día 10 del mes por el monto de los saldos adeudados.
- Si adeuda una multa por inscripción tardía, puede pagarla a través de una EFT, por correo o se le puede deducir de su cheque de beneficios de la SSA o de la RRB.
- Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y los coseguros. Además, las personas que califiquen no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas califican para acceder a estos ahorros y no lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda adicional, comuníquese con la oficina del Seguro Social local o llame al Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY: **1-800-325-0778**). También puede solicitar la Ayuda adicional en línea en **ssa.gov/medicare/part-d-extra-help**.
- Si califica para recibir Ayuda adicional con los costos de los medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos a usted el monto que Medicare no cubra.

Lea esta información importante y firme a continuación

- **Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, inscribirse en Allina Health | Aetna Medicare podría afectar los beneficios de salud de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en Allina Health | Aetna Medicare.** Lea las comunicaciones enviadas por su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o póngase en contacto con la oficina que aparece en sus comunicaciones. Si no se indica con quién debe comunicarse, la oficina o el administrador de sus beneficios que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarle.
- Debo conservar tanto la atención hospitalaria (Parte A) como la atención médica (Parte B) para permanecer en Allina Health | Aetna Medicare.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que Allina Health | Aetna Medicare compartirá mi información con Medicare, que podrá utilizarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la

JC27 1 ___ / ___ / ___
MM / DD / HH

recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad en la página siguiente).

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 Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y pagar los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS podrían utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del sistema de registros (SORN) "Medicamento con receta de Medicare Advantage (MARx)", N.º de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. No obstante, la falta de respuestas podría afectar la inscripción en el plan.
- Comprendo que puedo inscribirme solo en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para planes privados de pago por servicio (PFFS) de MA y planes de cuenta de ahorro para gastos médicos (MSA) de MA).
- **Planes MA solamente:** Comprendo que cuando comience mi cobertura Allina Health | Aetna Medicare, debo recibir todos mis beneficios médicos de Allina Health | Aetna Medicare. **Planes MA-PD:** Comprendo que cuando comience mi cobertura Allina Health | Aetna Medicare, debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Allina Health | Aetna Medicare. **Todos los planes:** Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por Allina Health | Aetna Medicare que se encuentran en el documento de Evidencia de cobertura de Allina Health | Aetna Medicare (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni Allina Health | Aetna Medicare pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- A mi leal saber y entender, la información de este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del estado donde vivo) en este documento significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si lo firma una persona autorizada (como se describió anteriormente), esta firma certifica lo siguiente:
 - 1) esta persona está autorizada de acuerdo con la ley estatal a completar esta inscripción, y que
 - 2) la documentación de esta autoridad se encuentra disponible si Medicare la solicita.

JC27 1 ___ / ___ / ___
MM / DD / HH

Allina Health | Aetna Medicare es un plan PPO con un contrato de Medicare. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato. Las funciones y la disponibilidad del plan pueden variar según el área de servicio. Aetna® y CVS Pharmacy® son parte de la familia de empresas CVS Health®.

Firma	Fecha de hoy __/__/__
--------------	---------------------------------

Si es un **representante autorizado (como un poder de representación)** y completa este formulario en nombre del miembro, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información.

Nota: El corredor o agente no puede firmar en nombre del inscrito.

Nombre	Dirección
Número de teléfono () -	Relación con el inscrito

Para personas que ayudan a un inscrito a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (por ejemplo, agentes, corredores, asesores de SHIP, familiares o terceros) que ayuda a alguien a completar este formulario, pero no está autorizado a tomar decisiones en nombre del inscrito.

Nombre	Relación con el inscrito
Firma	Número de productor nacional (NPN) (solo agentes/corredores)

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de información existentes, reunir la información necesaria, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario respecto de la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escribanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE: No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Todo lo que recibamos que no esté relacionado con formas de mejorar este formulario o su carga de recopilación (indicados en OMB 0938-1378) será destruido. No lo conservaremos, revisaremos ni enviaremos al plan. Consulte "Cómo inscribirse" en la primera página de este formulario para enviar su formulario completo al plan.

JC27 1__ / __ / __
MM / DD / HH

Herramienta de evaluación de precalificación de Allina Health | Aetna® Medicare

IMPORTANTE: Se está inscribiendo en un plan de necesidades especiales para afecciones crónicas (C-SNP) de Allina Health | Aetna Medicare.

Nuestros planes C-SNP son para personas que tienen diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva y determinadas enfermedades cardiovasculares. Para ser miembro, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) exigen que confirmemos con su proveedor que usted tiene una de estas afecciones. **Este es un proceso de dos pasos.**

Paso 1: Complete este formulario. Devuélvalo con su solicitud de inscripción completada. Si marca la casilla de al menos una afección, es posible que califique para un plan C-SNP de Allina Health | Aetna Medicare.

Paso 2: Confirmaremos su afección en un plazo de 30 días después de su inscripción con el proveedor.

NOTA: Sin la verificación del proveedor de las afecciones crónicas en el plazo de 60 días después de la inscripción, su inscripción en el plan se cancelará sin su consentimiento.

Lea atentamente los siguientes enunciados y marque la casilla que se aplica a usted.

Al marcar una casilla, certifica que tiene una de las afecciones crónicas requeridas para inscribirse en este tipo de plan. Si más adelante determinamos que esta información no es correcta, se podrá cancelar su inscripción.

Diagnóstico de enfermedad crónica del solicitante (marque al menos una casilla a continuación).

¿Le ha diagnosticado alguna vez un proveedor una o más de las siguientes afecciones?

☐ Diabetes mellitus: (nivel alto de azúcar en sangre)	☐ Insuficiencia cardíaca crónica (CHF): (El corazón no puede bombear sangre como debería)	Trastornos cardiovasculares: ☐ Arritmias cardíacas (latidos cardíacos irregulares) ☐ Enfermedad de las arterias coronarias (obstrucción de los vasos sanguíneos del corazón) ☐ Enfermedad vascular periférica (mala circulación en brazos y piernas) ☐ Enfermedad cardíaca valvular (daño en las válvulas del corazón que controlan el flujo sanguíneo)
☐ No tengo ninguna de estas afecciones.		

JC27 1 ___ / ___ / ___
MM / DD / HH

Autorización de uso y divulgación.

Al completar este formulario se autoriza la divulgación de la información médica personal identificable, de conformidad con las leyes federales relativas a la privacidad de dicha información

Al firmar a continuación, certifica que se le han diagnosticado una o varias de las afecciones crónicas necesarias para inscribirse en un Plan de necesidades especiales para afecciones crónicas de Allina Health | Aetna Medicare.

Solicitante/representante autorizado: Complete todos los campos según corresponda.

Nombre del solicitante (obligatorio):	Fecha de nacimiento (obligatorio): ___/___/_____
Número de Medicare (obligatorio): _____ - _____ - _____	Número de teléfono (obligatorio): (____) _____ - _____
Firma (obligatorio):	Fecha de hoy: ___/___/_____

Si es un representante autorizado que ayuda a alguien a completar este formulario, debe firmar más arriba y proveer la siguiente información.

Nombre:	Relación con el solicitante:
Dirección:	Número de teléfono: (____) _____ - _____

Proveedor n.º 1 que puede verificar su afección crónica (obligatorio)

Nombre del médico/profesional en enfermería/auxiliar médico:										
Número de teléfono del consultorio: (____) _____ - _____	Número de fax del consultorio: (____) _____ - _____									
Identificador Nacional de Proveedor (ubicado en el directorio de proveedores):	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
Línea de dirección 1:										
Línea de dirección 2:										
Ciudad:	Estado:	Código postal:								
Dirección de correo electrónico del consultorio:										

JC27 ¹___/___/___
MM/DD/HH

Proveedor n.º 2 que puede verificar su afección crónica (Opcional)

Nombre del médico/profesional en enfermería/auxiliar médico:									
Número de teléfono del consultorio: (____) ____ - ____		Número de fax del consultorio: (____) ____ - ____							
Identificación Nacional de Proveedor (ubicado en el directorio de proveedores):		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							
Línea de dirección 1:									
Línea de dirección 2:									
Ciudad:	Estado:	Código postal:							
Dirección de correo electrónico del consultorio:									

Consulte la Evidencia de cobertura para leer una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan. Las características y la disponibilidad de los planes pueden variar según el área de servicio.

AGENT USE ONLY

Agent/producer/broker/representative must complete this section

Applicant's name

If you are the agent/producer/broker/employed sales representative, you must provide the following information and submit it with the completed application.

☐ Yes ☐ No Was the Scope of Appointment (SOA) completed? (The SOA must be agreed to by the Medicare beneficiary prior to any personal individual marketing appointment.)

If "No," why not? :

☐ Yes ☐ No Was the SOA captured electronically or by telephone?

If "Yes," please provide the confirmation/ID number:

Attach the SOA or indicate why it's not available:

Name of agent/producer/broker/sales rep:

Phone number:

National Producer Number (NPN):

☐ Check box if application received at a retail kiosk.

NOTE: If the agent/producer/broker/employed sales representative takes receipt of this application, a signature and date are REQUIRED below. Your signature indicates you understand that this application must be submitted within two calendar days of this date.

Signature of agent/producer/broker/sales rep:

Date agent received the Individual Enrollment Request Form:

Copy and keep this completed form for your records. The completed election period checklist on page 1 must be included with the form.

Fax or mail the completed form to:
Aetna Medicare
PO Box 14077 Lexington, KY 40512
Fax: 1-844-749-2651

JC27 1__ / __ / __
MM / DD / HH

Recepción de la inscripción en el plan de Medicare Advantage

Agente/corredor: Complete y entrégueselo al inscrito.

Guarde esto como prueba de su solicitud de inscripción hasta que Medicare haya confirmado su inscripción y usted reciba los materiales para los miembros. Este documento de recepción no es una garantía de inscripción.

Este documento es solo para sus registros. No se requiere ninguna otra acción.

Solicitante	
Nombre:	
Fecha de hoy:	Fecha propuesta de entrada en vigencia:
Llame a su agente/corredor si tiene alguna pregunta	
Nombre del agente/corredor:	
Número de teléfono del agente/corredor:	Identificación del agente/corredor:

Si quiere tener una copia completa de su formulario de inscripción, llámenos al **1-800-562-6315 (TTY: 711)** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Recuerde que es posible que demoremos al menos 3 días hábiles para procesar su solicitud de inscripción.

Tendrá que proveer el número de seguimiento de su solicitud, ubicado al final de esta página.

Recordatorio: Su solicitud de inscripción es para un plan de **Medicare Advantage (Parte C)**. Estos planes:

Reemplazan a Original Medicare, que es proporcionado por el Gobierno federal.
Cubren todos los beneficios de la Parte A y la Parte B.

- No complementan su cobertura de Original Medicare como los planes complementarios de Medicare o Medigap.

Allina Health | Aetna Medicare es un plan PPO con un contrato de Medicare La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.

Número de seguimiento de la solicitud: JC27

1 ___ / ___ / ___
MM / DD / HH