

# Formulario de inscripción 2022

Siga estos sencillos pasos para convertirse en afiliado de Medicare de Humana



## Tenga a mano su tarjeta de Medicare

Cada persona que solicite la inscripción debe completar un formulario individual.



## Firme y coloque la fecha en el formulario de inscripción

Si el formulario de inscripción no se completa y se envía dentro del período asignado, la inscripción podría ser rechazada.



## Envíe su formulario de inscripción

Puede enviar por fax las páginas de Servicios para afiliados de este formulario de inscripción al: **1-877-889-9936**. O bien, envíe este formulario de inscripción por correo postal a:

Humana Medicare Enrollment  
P.O. Box 14309  
Lexington, KY  
40512-4309

No envíe el mismo formulario de inscripción ni solicite inscribirse en el mismo plan más de una vez.



## Llámenos si tiene preguntas

Si tiene preguntas, llame a un agente de ventas certificado de Humana al **1-800-833-2367 (TTY: 711)**. Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

No obstante, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada los días festivos y los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre. Deje su nombre y número de teléfono, y le devolveremos la llamada antes de finalizar el próximo día hábil.



## Opciones de inscripción electrónica

¿Ha pensado en inscribirse en línea en **espanol.Humana.com/Medicare** en vez de hacerlo en papel? Es una forma rápida, segura y fácil de solicitar la inscripción.

## Instrucciones

- Rellene por completo los óvalos.
- Utilice solamente tinta negra.
- Escriba con claridad solo un número o letra mayúscula en cada casilla.
- Si comete un error, tache la casilla con una "X" y escriba la letra o el número correctos encima o debajo de la casilla, como se muestra a continuación:

### Números y letras correctos

1 2 3 S M I ~~X~~ H

# Humana®

# Notas adicionales

**Los asteriscos (\*) indican campos obligatorios.**

Responder a campos no obligatorios es opcional. No se le puede negar la cobertura si no los completa.

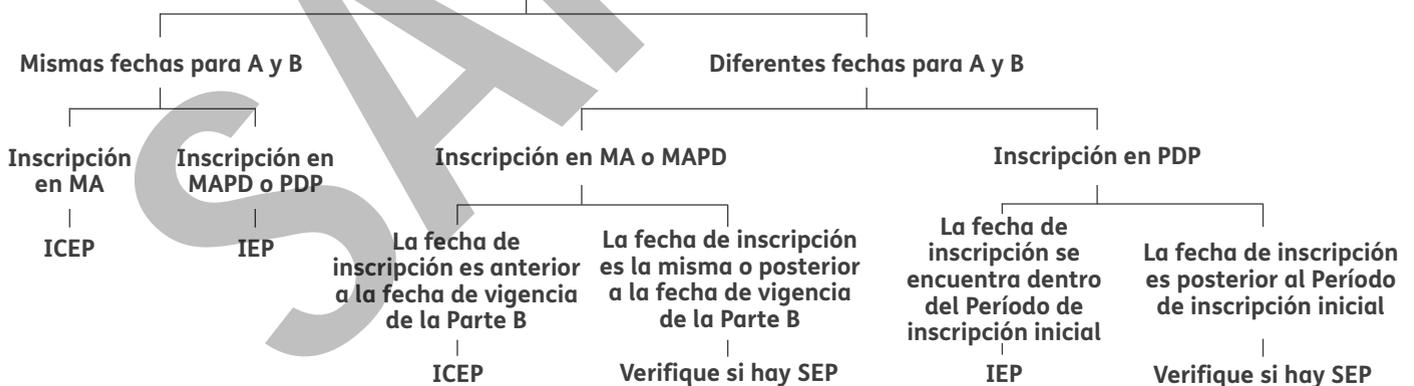
## Período de inscripción inicial (IEP, por sus siglas en inglés) y Período de elección de cobertura inicial (ICEP, por sus siglas en inglés)

- Si las fechas de la Parte A y la Parte B son las mismas, el período de elección abarca siete meses: tres meses antes del mes en el que comienza a ser elegible, el mes en el que comienza a ser elegible y tres meses después del mes en el que comenzó a ser elegible.
- Si las fechas de la Parte A y la Parte B son diferentes, el período de elección abarca tres meses: tres meses antes del mes de la fecha de vigencia posterior (con frecuencia la fecha de la Parte B), y únicamente para la inscripción en un plan solo Medicare Advantage (MA) o un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados (MAPD, por sus siglas en inglés). Si la inscripción es para un plan de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés), verifique si el Período de inscripción inicial de siete meses continúa disponible.
- La fecha de inicio de la cobertura se basa en factores como el derecho a Medicare y la presentación del formulario de inscripción completado.

Cuando ingrese su número de Medicare en el formulario de inscripción, escríbalo exactamente como aparece en su tarjeta de Medicare. N indica un número, A indica un carácter alfabético y E indica un número o un carácter alfabético. Los números de Medicare no comenzarán con cero ni contendrán las letras B, I, L, O, S o Z.

Los períodos de inscripción pueden superponerse. Asegúrese de marcar cualquier óvalo del Período de elección especial (SEP, por sus siglas en inglés) que se aplica a usted de la lista de declaraciones del SEP, en la página 4 del formulario de inscripción. Cuando se inscriba específicamente durante un SEP, una de las declaraciones del SEP debe ser verdadera para ser elegible para un SEP. Los agentes deben consultar el Material auxiliar sobre opciones de inscripción (DMS-024), que se encuentra en Humana MarketPoint University en Vantage, si no ven el SEP consignado en la página 4, o comunicarse con la Unidad de Asistencia para Agentes para obtener ayuda.

Consulte las fechas de elegibilidad de la Parte A y la Parte B en la tarjeta de Medicare



## Alcance de la cita (SOA, por sus siglas en inglés) (pág. 8)

Los agentes deben usar uno de los códigos de tres letras a continuación para el campo de tipo de cita. Tenga en cuenta: No se requiere un SOA para SEM (Seminario) o GCS (Seminario del centro local). Tampoco se requiere un SOA para los formularios de inscripción tomados en un evento informal como horas informadas en tiendas minoristas, p. ej., Walmart.

- |                                    |                        |                  |
|------------------------------------|------------------------|------------------|
| F2F – En persona                   | INH – Cita en el hogar | SEM – Seminario  |
| GCS – Seminario del centro local   | OTH – Otro             | WAL – Walmart    |
| GCW – Centro local sin cita previa | RET – Socio minorista  | TEL – Telefónica |

## ¡Importante!

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión. La discriminación es contra la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal, a:  
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618  
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-877-320-1235** o, si utiliza un TTY, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través de su portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **Residentes de California:** También puede llamar a la línea directa gratuita del California Department of Insurance (Departamento de seguros de California): **1-800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja formal.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **1-877-320-1235 (TTY: 711)**

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Language assistance services, free of charge, are available to you. **1-877-320-1235 (TTY: 711)**

**Español (Spanish):** Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

**繁體中文 (Chinese):** 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

**Tiếng Việt (Vietnamese):** Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

**한국어 (Korean):** 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오.

**Tagalog (Tagalog – Filipino):** Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

**Русский (Russian):** Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

**Kreyòl Ayisyen (French Creole):** Rele nimewo ki pi wo la a, pou resewva sèvis èd pou lang ki gratis.

**Français (French):** Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

**Polski (Polish):** Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.

**Português (Portuguese):** Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

**Italiano (Italian):** Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

**Deutsch (German):** Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

**日本語 (Japanese):** 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。

**فارسی (Farsi)**

برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

**Diné Bizaad (Navajo):** Wóda hí béesh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'déé nika'adoowól.

**العربية (Arabic)**

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك



## LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE

**Si actualmente tiene cobertura de salud de un patrono o sindicato, la afiliación a Humana puede influir en los beneficios de cuidado de la salud de su patrono o sindicato.** Podría perder la cobertura de salud de su patrono o sindicato al afiliarse a Humana.

### **Al completar este formulario de inscripción, acepto lo siguiente:**

Si me inscribo en un plan de salud Medicare Advantage con contrato con el gobierno federal, tendré que conservar las Partes A y B de Medicare para permanecer en el plan. Debo continuar pagando mi prima de la Parte B de Medicare. Si me inscribo en un plan de medicamentos recetados de Medicare, tendré que mantener mi cobertura de las Partes A o B de Medicare. Es responsabilidad mía informar a Humana sobre cualquier cobertura para medicamentos recetados que tenga o pueda tener en el futuro. **Entiendo que si no tengo cobertura para medicamentos recetados de Medicare, o una cobertura válida para medicamentos recetados (tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una multa por afiliación tardía si en el futuro me inscribo en la cobertura para medicamentos recetados de Medicare.** Salvo algunas excepciones, solo puedo participar en un plan de salud Medicare Advantage o en un plan de medicamentos recetados de Medicare a la vez. Entiendo que mi inscripción en el plan que seleccione puede poner fin a mi inscripción en otro plan de salud Medicare Advantage o plan de medicamentos recetados. La inscripción en el plan que seleccione es generalmente por el completo.

Entiendo que cuando comienza mi cobertura de Humana, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Humana. Se cubrirán los beneficios y servicios que provea Humana y que estén contenidos en mi documento "Evidencia de cobertura" (también conocida como contrato del afiliado o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni Humana pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos. Acataré las reglas de mi Evidencia de cobertura. Una vez que me afilie a Humana, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios, si no estoy de acuerdo con ellas.

Este plan de Humana presta servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio de este plan de Humana, debo notificar a Humana para poder desafiliarme y encontrar un nuevo plan en el área nueva. Entiendo que los beneficiarios de Medicare generalmente no están cubiertos por Medicare mientras se encuentran fuera del país, excepto en lo que respecta a cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.

Una vez que Humana haya recibido mi formulario de inscripción, puedo obtener una carta de verificación para asegurar de que comprendo cómo funciona mi plan y confirmar mi intención de inscribirme. Este no es un plan secundario a las Partes A y B de Medicare. Humana será responsable de los pagos en lugar de Medicare, y yo seré responsable de pagar las cantidades que Humana no cubra, como copagos y coseguros. Las Partes A y B de Medicare no pagarán mi cuidado de la salud mientras yo esté inscrito en Humana.

- Si solicita inscribirse en un plan **Privado de cargo por servicio (PFFS, por sus siglas en inglés)**, se aplica la siguiente declaración: Entiendo que este plan es un plan PFFS de Medicare Advantage que puede tener cobertura para medicamentos recetados incorporada. Antes de ver a un proveedor, debo verificar si el proveedor acepta el plan antes de cada consulta. Mi médico u hospital no están obligados a aceptar los términos y condiciones del plan y, por tanto, pueden optar por no brindarme tratamiento, excepto en casos de emergencia. Entiendo que mis proveedores de cuidado de la salud tienen derecho a optar por aceptar o no los términos y condiciones de pago de un plan PFFS cada vez que les consulto. Entiendo que si mi proveedor decide no aceptar el plan PFFS, tendré que buscar a otro proveedor que sí lo haga. Entiendo que si mi plan PFFS no ofrece la cobertura para medicamentos recetados de Medicare, podré obtener cobertura a través de otro plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Si solicita inscribirse en un **Plan de necesidades especiales para afecciones crónicas (C-SNP, por sus siglas en inglés)**, se aplica la siguiente declaración: Entiendo que este plan es un plan de necesidades especiales para afecciones crónicas. Mi capacidad para inscribirme depende de la verificación por parte de un médico de que tengo una o más afecciones médicas elegibles.

- Si solicita inscribirse en un **Plan de necesidades especiales institucional (I-SNP, por sus siglas en inglés)**, se aplica la siguiente declaración: Entiendo que este plan es un plan de necesidades especiales institucional. Mi capacidad para inscribirme depende de la verificación de que mi afección hace que sea probable que la duración de la estadía o la necesidad de un nivel de cuidado institucional sea de al menos 90 días, o que resido en la comunidad y reúno los requisitos del estado para el nivel de cuidado institucional.
- Entiendo que me inscribo en un plan Medicare Advantage de Humana o un Plan de medicamentos recetados Medicare de Humana, y que no es un plan suplementario a Medicare, Medigap, Medicare Select o Medicaid.

La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se me desafiliará del plan.

#### **Divulgación de información:**

Al inscribirme en este plan de Medicare, acuso recibo de que Humana compartirá mi información con Medicare, quien podrá utilizarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para efectuar pagos y para otros fines que permitan las leyes federales que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).

#### **Declaración de la Ley de Privacidad:**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar el cuidado médico y pagar los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguro Social y las Secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Sistema n.º 09-70-0588, "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", del Aviso del sistema de registros (SORN, por sus siglas en inglés). **Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.**

SAMPLE

# Formulario de inscripción en Medicare de Humana 2022

Escriba esta información en letra de imprenta exactamente como figura en su tarjeta de Medicare.

## SEGURO DE SALUD DE MEDICARE

**APELLIDO\***

**NOMBRE\*** ISN

**NÚMERO DE MEDICARE\***

**TIENE DERECHO A** **FECHA DE VIGENCIA\***

**SEGURO DE HOSPITAL (PARTE A)**   -   -

**SEGURO MÉDICO (PARTE B)**   -   -

Escriba con letra de imprenta clara. Utilice tinta negra. Los asteriscos (\*) indican campos obligatorios.

**NÚMERO DEL AGENTE (SAN)**

**FECHA DE NACIMIENTO\***   -   -

**SEXO\***  M  F

**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO**

(Para afiliados actuales o anteriores de Humana)

Consulte a su agente para completar estas preguntas.

**FECHA PROPUESTA DE INICIO DE LA COBERTURA\***  
  -   -

(Debe ser posterior a la fecha de la firma en la pág. 8)

ICEP  IEP  AEP  OEP  OEP  OEPI  SEP  
 MA o PDP o MAPD NEW CÓDIGO†

(Consulte la página de Notas adicionales)

†Requerido si seleccionó SEP. Consulte el código en la pág. 4.

**DIRECCIÓN RESIDENCIAL\*** No se permiten apartados postales. Se requiere una dirección física.

APTO. o SUITE

**CIUDAD\*** **ESTADO\*** **CÓDIGO POSTAL\***

**CONDADO\***

**DIRECCIÓN POSTAL** Su dirección residencial confirma su área de servicio. Escriba en letra de imprenta su dirección postal/ apartado postal aquí, si corresponde. Si su dirección postal es la misma que la dirección residencial, rellene este óvalo.

APTO. o SUITE

**CIUDAD** **ESTADO** **CÓDIGO POSTAL**

Es importante que podamos comunicarnos con usted para ayudarle a mantenerse informado y cuidar de su salud. Proporcione su número de teléfono y su dirección de correo electrónico.

**TELÉFONO**  
    -

En ocasiones, es posible que Humana utilice un sistema automatizado para llamarle o enviarle mensajes de texto. Cuando eso suceda, nos aseguraremos de utilizar el número de teléfono que proporcionó.

**CORREO ELECTRÓNICO** Al proveer su dirección de correo electrónico, usted autoriza a Humana a enviarle información sobre salud a esta dirección.

**Deje de usar papel.** Muchos documentos del plan ahora están disponibles en formato digital. Consulte el libro de inscripción para obtener una lista de comunicaciones disponibles y orientación sobre cómo ver sus documentos. Si elige esta opción, rellene este óvalo.

Recomendamos encarecidamente que todos los solicitantes de planes médicos incluyan a continuación la información de su médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés). Debe completar esta sección si solicita un plan HMO. Consulte su Resumen de beneficios para determinar si su plan requiere un PCP.

**MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO (PCP)** **N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL PCP**

**Nombre**  **Apellido**

**¿Usted ya es paciente del médico que ha elegido?**  Sí  No

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage o un plan de medicamentos recetados durante el Período anual de elección (AEP, por sus siglas en inglés), entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año. Además, puede optar por cambiar su plan Medicare Advantage una vez durante el Período de inscripción abierta (OEP, por sus siglas en inglés) anual entre el 1 de enero y el 31 de marzo de cada año, o inmediatamente después de inscribirse en un plan durante su IEP/ICEP (OEP NEW). Se aplican limitaciones a los cambios de planes que se permiten durante el OEP. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse fuera de estos períodos. Lea detenidamente las siguientes declaraciones y marque el óvalo a la izquierda de cualquiera que se aplique en su caso. Al marcar cualquiera de los óvalos a continuación, usted certifica que, a su leal saber y entender, el texto es verdadero para usted. **Si en el futuro determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se le desafilie.**

| Código SEP                | Declaraciones del Período de elección especial (SEP, por sus siglas en inglés)  |
|---------------------------|---|
| <input type="radio"/> LEC | Voy a perder/dejar la cobertura de un patrono o sindicato o perdí este tipo de cobertura en los últimos dos meses.  |
| <input type="radio"/> MDE | Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos recetados de Medicare, pero <b>NO</b> he tenido ningún cambio. <b>Tenga en cuenta: Este SEP solo es válido una vez por trimestre calendario del 1 de enero al 30 de septiembre.</b>        |
| <input type="radio"/> NLS | Hubo un cambio en mi Ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos recetados de Medicare (hace poco empecé a recibir asistencia, hubo un cambio en el nivel o perdí la elegibilidad) en los últimos tres meses.   |
| <input type="radio"/> MCD | Hubo un cambio en mi estatus de Medicaid (hace poco empecé a recibir asistencia, hubo un cambio en el nivel o perdí la elegibilidad) en los últimos tres meses.   |
| <input type="radio"/> MOV | Me mudaré o me he mudado en los últimos dos meses. La mudanza es fuera del área de servicio de mi plan actual o este plan es una opción nueva para mí.  |
| <input type="radio"/> SNP | Se me ha notificado que ya no soy elegible para mi Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad y estoy en un período considerado de elegibilidad continuada o me desafiliaron de mi Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad en los últimos tres meses debido a un cambio o pérdida de Medicaid. |
| <input type="radio"/> DST | Fui afectado por una emergencia/desastre declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés) o un desastre u otra declaración de emergencia emitido por una entidad gubernamental federal, estatal o local, y no pude utilizar otro período de elección disponible debido a ello.                       |
| <input type="radio"/> NON | Mi plan Medicare Advantage (MA) actual no se renovará para el próximo año de contrato. <b>Tenga en cuenta: Este SEP solo es válido del 8 de diciembre al último día del mes de febrero.</b>   |
| <input type="radio"/> OTH | Ninguna de las declaraciones anteriores se aplica en mi caso. No obstante, considero que mis circunstancias especiales permiten realizar una excepción para mi inscripción. Humana se comunicará con usted para determinar si se puede otorgar una excepción. <b>Debe incluir el motivo a continuación.</b>   |

Notas (en caso de OTH):

---



---



---

## Selección de plan

Proporcione a continuación la información del plan correspondiente al plan médico o de medicamentos recetados que desea. Puede encontrar información sobre los planes en su Resumen de beneficios.

CONTRATO\*                      PBP\*                      SEGMENTO  
 [ ][ ][ ][ ][ ][ ]                      [ ][ ][ ][ ]                      0 0 [ ][ ]

Proporcione la prima mensual básica para este plan según el Resumen de beneficios. Esta cantidad nos ayuda a identificar el plan que desea y no debe incluir las opciones de los OSB, las multas por afiliación tardía ni los pagos de otras partes, como Medicaid.

PRIMA MENSUAL BÁSICA\*  
 \$ [ ][ ][ ][ ] . [ ][ ][ ]

Seleccione una opción a continuación que se corresponda con los detalles del plan que proporcionó anteriormente. Consulte el Resumen de beneficios o a su agente para obtener ayuda.

Quisiera **UNA** de las siguientes opciones:\*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Humana Gold Plus® HMO   | <input type="radio"/> HumanaChoice® PPO   |
| <input type="radio"/> Humana Value Plus HMO   | <input type="radio"/> Humana Value Plus PPO   |
| <input type="radio"/> Humana Honor HMO  | <input type="radio"/> Humana Honor PPO  |
| <input type="radio"/> Humana Gold Plus® HMO C-SNP<br>(se requiere Formulario de precalificación adicional)        | <input type="radio"/> HumanaChoice® PPO C-SNP<br>(se requiere Formulario de precalificación adicional)            |
| <input type="radio"/> Humana Community HMO C-SNP<br>(se requiere Formulario de precalificación adicional)         | <input type="radio"/> Humana Together in Health PPO I-SNP<br>(se requiere un Formulario de declaración adicional) |
| <input type="radio"/> Humana Together in Health HMO I-SNP<br>(se requiere un Formulario de declaración adicional) | <input type="radio"/> HumanaChoice® Value PPO   |
| <input type="radio"/> Humana Community HMO  | <input type="radio"/> HumanaChoice® Partnered PPO   |
| <input type="radio"/> Humana Community Select HMO   | <input type="radio"/> Humana Basic Rx Plan (PDP)  |
| <input type="radio"/> Humana-Ochsner Network HMO  | <input type="radio"/> Humana Premier Rx Plan (PDP)  |
| <input type="radio"/> Humana Cleveland Clinic Preferred HMO   | <input type="radio"/> Humana Walmart Value Rx Plan (PDP)  |
| <input type="radio"/> Humana LCMC Advantage HMO   | <input type="radio"/> Humana Gold Choice® PFFS  |
| <input type="radio"/> UC San Diego Health Humana HMO  |   |
| <input type="radio"/> Humana FMOL Network HMO   |   |
| <input type="radio"/> Humana BR Clinic-BR Gen HMO   |   |

Si selecciona un plan Medicare Advantage HMO o PPO que no incluye cobertura para medicamentos recetados, no puede tener un plan de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés) independiente al mismo tiempo.

**BENEFICIO SUPLEMENTARIO OPCIONAL (OSB, por sus siglas en inglés) EN EL QUE SE INSCRIBE:**

Rellene los óvalos de los OSB en los que desea inscribirse. Si actualmente está inscrito en un OSB, usted **DEBE** seleccionarlo en este formulario para continuar recibiendo este beneficio. No todos los OSB están disponibles en todas las áreas. **Consulte las opciones de OSB a continuación y su Resumen de beneficios para verificar que sus opciones continúen vigentes y disponibles.**

Los afiliados deben seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare y la prima del plan de Humana, más la prima de los OSB.

- MyOption<sup>SM</sup> Platinum Dental
- MyOption<sup>SM</sup> Dental – High
- MyOption<sup>SM</sup> Total Dental
- MyOption<sup>SM</sup> Total Dental Plus
- MyOption<sup>SM</sup> Dental Enriched
- MyOption<sup>SM</sup> Enhanced Dental
- MyOption<sup>SM</sup> Enhanced Dental Plus
- MyOption<sup>SM</sup> Fitness
- MyOption<sup>SM</sup> Plus
- MyOption<sup>SM</sup> Vision
- MyOption<sup>SM</sup> DEN204
- MyOption<sup>SM</sup> DEN205
- MyOption<sup>SM</sup> DEN206
- MyOption<sup>SM</sup> DEN207

**1. Si tendrá otra cobertura para medicamentos recetados (como VA o TRICARE) además de este plan en el que solicita inscribirse, rellene este óvalo.\***

Tendré otra cobertura para medicamentos recetados

Proporcione aquí los detalles de su otra cobertura para medicamentos recetados, si corresponde.

NOMBRE DE LA OTRA COBERTURA

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE ESTA COBERTURA

NÚMERO DE GRUPO DE ESTA COBERTURA

**2. Una vez inscrito, ¿trabajarán usted o su esposo(a)?**

Sí  No

Idioma de preferencia

Inglés  Español  Chino  Coreano  Otro \_\_\_\_\_

Si se necesita un formato accesible, seleccione una opción

Audio  Letras grandes  PDF para lector de pantalla de fácil acceso  
 Oral por teléfono  Sistema Braille

Comuníquese con un agente de ventas certificado de Humana al **1-800-833-2367 (TTY: 711)** si necesita información en otro formato o idioma.



He leído y entiendo la información importante de las páginas anteriores. He recibido y revisado una copia del Resumen de beneficios.

FIRMA DEL SOLICITANTE\* o representante legal autorizado (incluidos poder notarial válido, tutor legal, etc.)

FECHA DE LA FIRMA\*

M M - D D - 2 0 A A

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en este formulario de inscripción significa que he leído y comprendido el contenido de este formulario de inscripción. Si un representante autorizado (como se describe arriba) firma el presente documento, la firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por las leyes estatales para completar esta inscripción, y 2) la documentación relacionada con esta autorización está disponible si Medicare la solicita.

Si usted es el representante legal autorizado, **DEBE** firmar arriba y proporcionar la siguiente información:\*

APELLIDO  NOMBRE  ISN

DIRECCIÓN

CIUDAD  ESTADO  CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO  (  )  -  PARENTESCO/RELACIÓN CON EL SOLICITANTE

**SOLO PARA USO DEL AGENTE**

TIPO DE CITA  NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ALCANCE DE LA CITA

NOMBRE DEL AGENTE DE SUSCRIPCIÓN\*

NÚMERO DEL AGENTE (SAN)\*  FECHA\*  M M - D D - 2 0 A A

SOCIO AFFINITY  UBICACIÓN  CAMPAÑA

NOMBRE DEL AGENTE QUE HACE EL REFERIDO

NÚMERO DEL AGENTE QUE HACE EL REFERIDO (SAN)

PREGUNTE AL SOLICITANTE: ¿Desea proporcionar su condición de veterano?\*

Yo  Esposo(a)  Dependiente  No soy veterano  Prefiere no responder

ORIGEN DEL CLIENTE POTENCIAL\*

Libro de negocios  Evento  Mercadeo/publicidad  Tercero  Humana

SAMPLE

Los Beneficios suplementarios opcionales (OSB, por sus siglas en inglés) de Humana MyOption<sup>SM</sup> están disponibles únicamente para los afiliados de ciertos planes Medicare Advantage (MA) de Humana. Los afiliados de planes de Humana que ofrecen OSB pueden inscribirse en los OSB en cualquier momento a lo largo del año. Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

**Humana**<sup>®</sup>

[espanol.humana.com](https://espanol.humana.com)