Formulario de inscripción 2023

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 denegarse.

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



Humana®

Notas adicionales

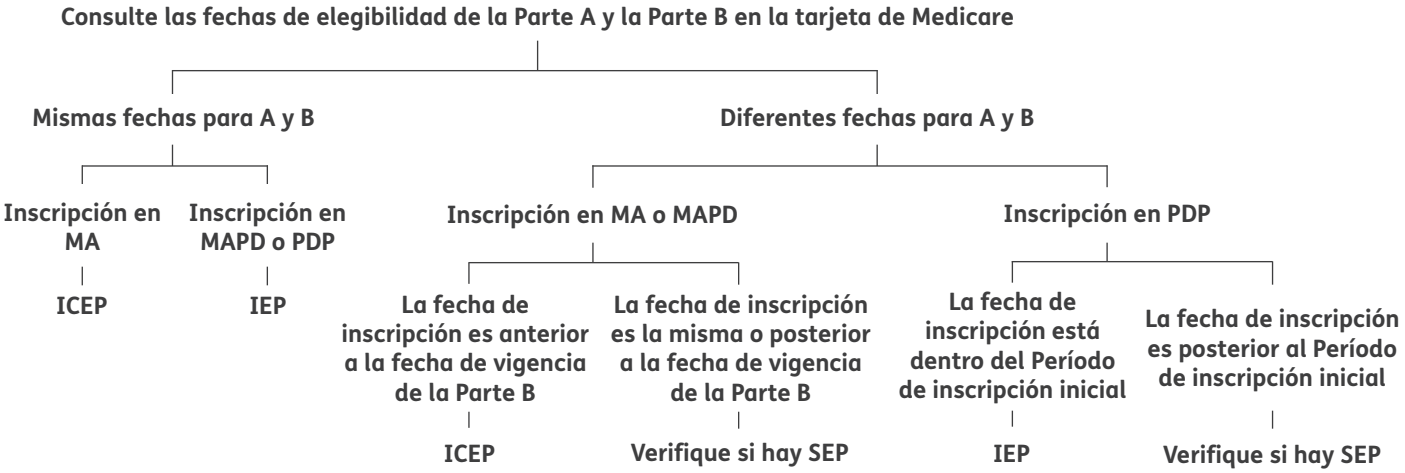
Los asteriscos (*) indican campos obligatorios.
Responder a campos no obligatorios es opcional. No se le puede negar la cobertura si no los completa.

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 le corresponda 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.



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
GCS – Seminario del centro local
GCW – Centro local sin cita previa
INH – Cita en el hogar
OTH – Otro
RET – Socio minorista
SEM – Seminario
WAL – Walmart
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 de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión o idioma. 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 bien, 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.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-320-1235 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-320-1235 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-320-1235 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-320-1235 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-320-1235 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-320-1235 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-320-1235 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다 . 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-320-1235 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오 . 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다 . 이 서비스는 무료로 운영됩니다 .

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-320-1235 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-320-1235 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-320-1235 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugues: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-320-1235 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-320-1235 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-320-1235 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-877-320-1235 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE

Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, la afiliación a Humana puede influir en los beneficios de cuidado de la salud de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador 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 yo seleccione es generalmente por el año 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 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 no en 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, 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, "Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados (MARx, por sus siglas en inglés)", del Aviso del sistema de registros (SORN, por sus siglas en inglés). **Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.**

Personas sin hogar:

Si desea afiliarse a un plan, pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, una dirección de un centro de acogida o de una clínica, o la dirección en la que recibe correspondencia (p. ej., cheques de beneficios del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

Formulario de inscripción en Medicare de Humana 2023

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*
N A E N – A E N – A A N N

TIENE DERECHO A — FECHA DE VIGENCIA

SEGURO DE HOSPITAL (PARTE A) M M – 0 1 – A A A A

SEGURO MÉDICO (PARTE B) M M – 0 1 – A A A A

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

NÚMERO DEL AGENTE (SAN)

FECHA DE NACIMIENTO* SEXO*
M M – D D – A A A A ○ M ○ F

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO
H

(Para afiliados actuales o anteriores de Humana)

Consulte a su agente para completar estas preguntas.

FECHA PROPUESTA DE INICIO DE LA COBERTURA*
M M – 0 1 – 2 0 2 3

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

○ ICEP MA o MAPD ○ IEP PDP o MAPD ○ AEP ○ OEP ○ OEP NEW ○ OEPI ○ SEP

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. ○ Sin hogar

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 — TIPO DE TELÉFONO

( ) – ○ Celular ○ Residencial (línea fija)

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.

N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL PCP

MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO (PCP)

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

Los asteriscos (*) indican campos obligatorios

NÚMERO DE MEDICARE DEL SOLICITANTE*

N A E N – A E N – A A N N

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage o un plan con cobertura 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 una declaración verdadera sobre 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)**
LEC	Voy a perder/dejar la cobertura de un empleador o sindicato o perdí este tipo de cobertura en los últimos dos meses.
MDE	Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos recetados de Medicare, pero **NO** he tenido ningún cambio. **Tenga en cuenta: Este SEP solo es válido una vez por trimestre calendario del 1 de enero al 30 de septiembre.**
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.
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.
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.
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.
DST	Me vi 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 emitida por una entidad gubernamental federal, estatal o local, y no pude utilizar otro período de elección disponible debido a ello. Período de elección omitido: _____ Emergencia/desastre experimentado: _____
NON	Mi plan Medicare Advantage (MA) actual no se renovará para el próximo año de contrato. **Tenga en cuenta: Este SEP solo es válido del 8 de diciembre al último día del mes de febrero.**
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. **Debe incluir el motivo a continuación.**

Notas (en caso de OTH):

Los asteriscos (*) indican campos obligatorios

NÚMERO DE MEDICARE DEL SOLICITANTE*
N A E N – A E N – A A N N

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:*

- Humana Gold Plus® HMO
- Humana Value Plus HMO
- Humana Honor HMO
- Humana Gold Plus® HMO C-SNP (se requiere Formulario de precalificación adicional)
- Humana Community HMO C-SNP (se requiere Formulario de precalificación adicional)
- Humana Together in Health HMO I-SNP (se requiere Formulario de ratificación adicional)
- Humana Senior Living Plan HMO I-SNP (se requiere Formulario de ratificación adicional)
- Humana Community HMO
- Humana Community Select HMO
- Humana-Ochsner Network HMO
- Humana Cleveland Clinic Preferred HMO
- Humana LCMC Advantage HMO
- UC San Diego Health Humana HMO
- Humana FMOL Network HMO
- Humana BR Clinic-BR Gen HMO
- HumanaChoice® PPO
- Humana Value Plus PPO
- Humana Honor PPO
- HumanaChoice® PPO C-SNP (se requiere Formulario de precalificación adicional)
- Humana Together in Health PPO I-SNP (se requiere Formulario de ratificación adicional)
- HumanaChoice® Value PPO
- HumanaChoice® Partnered PPO
- Humana USAA Honor with Rx PPO
- Humana Basic Rx Plan (PDP)
- Humana Premier Rx Plan (PDP)
- Humana Walmart Value Rx Plan (PDP)
- Humana Gold Choice® PFFS

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.

Los asteriscos (*) indican campos obligatorios

NÚMERO DE MEDICARE DEL SOLICITANTE*

N A E N – A E N – A A N N

BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS OPCIONALES (OSB) EN LOS QUE SE INSCRIBE:
Rellene los óvalos de los OSB en los que desea inscribirse. Si actualmente está inscrito en un OSB, **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℠ Platinum Dental
- MyOption℠ Dental – High
- MyOption℠ Total Dental
- MyOption℠ Total Dental Plus
- MyOption℠ Dental Enriched
- MyOption℠ DEN478
- MyOption℠ Enhanced Dental
- MyOption℠ Enhanced Dental Plus
- MyOption℠ Fitness
- MyOption℠ Plus
- MyOption℠ Vision
- MyOption℠ DEN204
- MyOption℠ DEN205
- MyOption℠ DEN206
- MyOption℠ DEN207
- MyOption℠ DEN432

---

1. **Si va a tener 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 escrito preferido (cuando esté disponible)

Inglés Español Chino Coreano Otro _____

Idioma verbal preferido

Inglés Español Mandarín Cantonés
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.

¿Es usted de origen hispano, latino/a o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- No, no soy de origen hispano, latino/a o español
- Sí, puertorriqueño
- Sí, otro origen hispano, latino/a o español
- Sí, mexicano, mexicano estadounidense, chicano/a
- Sí, cubano
- Elijo no responder

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Indio americano o nativo de Alaska
- Chino
- Japonés
- Otro asiático
- Vietnamita
- Indio asiático
- Filipino
- Coreano
- Otro isleño del Pacífico
- Blanco
- Negro o afroamericano
- Guamaniano o chamorro
- Nativo de Hawái
- Samoano
- Elijo no responder

Los asteriscos (*) indican campos obligatorios

NÚMERO DE MEDICARE DEL SOLICITANTE*

N A E N – A E N – A A N N

SELECCIONE UNA OPCIÓN DE PAGO PARA LA PRIMA.* Puede pagar la prima mensual del plan o la multa por afiliación tardía mediante deducciones automáticas de su cuenta bancaria (transferencias ACH), deducciones automáticas de su cheque de beneficios de la Administración del Seguro Social (SSA) o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB), o deducciones automáticas de su tarjeta de crédito o débito (CC/DC). También puede optar por pagar por correo postal con un Talonario de pago. **Si no elige una de las siguientes opciones de pago, se le asignará de manera predeterminada el Talonario de pago.**

- **Deducción automática de cuenta bancaria**
  Información de la cuenta bancaria (complete esta sección solo si seleccionó Deducción automática de cuenta bancaria como opción de pago).

  Cuenta de cheques Cuenta de ahorros

  NOMBRE DEL BANCO

  NÚMERO DE RUTA BANCARIA NÚMERO DE CUENTA



  Núm. de ruta bancaria Núm. de cuenta

- **Deducción del cheque de beneficios del Seguro Social** (vea la nota más abajo)
- **Deducción del cheque de beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios** (vea la nota más abajo)
  Actualmente debe recibir un cheque de beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios para ser elegible para esta opción de pago.

  TENGA EN CUENTA: Debido a cronogramas de procesamiento exigidos por los CMS (Medicare), la deducción de su SSA o RRB podría denegarse para el pago de su primera prima. Humana emitirá una factura para el pago inicial y reenviará su solicitud a los CMS (Medicare) para que la deducción de su SSA o RRB comience con su prima del segundo mes. El inicio de la deducción podría demorar dos o más cheques de beneficios. En muchos casos, si la SSA o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios comenzará el mes en que la SSA acepte la retención. Si la SSA o lsa RRB deniegan su solicitud de deducción automática, le enviaremos un Talonario de pago para sus primas mensuales.

- **Deducción automática de tarjeta de crédito o débito**
  Información de la tarjeta de crédito o débito (complete esta sección solo si seleccionó Deducción automática de tarjeta de crédito o débito como opción de pago).

  MasterCard Visa Discover American Express

  NÚMERO DE TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO FECHA DE VENCIMIENTO

  M M – 2 0 A A

- **Talonario de pago**

Puede visitar **Humana.com/pay** para hacer sus pagos de la prima mensual en línea. Si seleccionó Talonario de pago como opción de pago, puede pagar con la antelación que desee. También puede iniciar sesión en su cuenta segura de MyHumana (haga clic en Register [Registrarse] si aún no se ha registrado) o descargar la aplicación móvil MyHumana para aprovechar otros servicios relacionados con la prima.

Si se le impone una Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA, por sus siglas en inglés), la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar esta cantidad extra, además de la prima del plan. La cantidad se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, o Medicare o la RRB se la facturarán directamente. NO pague a Humana la Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA).

Los asteriscos (*) indican campos obligatorios

NÚMERO DE MEDICARE DEL SOLICITANTE*
N A E N – A E N – A A N N

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 a petición de Medicare.

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 un veterano Prefiere no responder

ORIGEN DEL CLIENTE POTENCIAL*

Libro de negocios Evento Mercadeo/publicidad Tercero Humana

Los Beneficios suplementarios opcionales (OSB, por sus siglas en inglés) de Humana MyOption℠ 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®

espanol.humana.com

Y0040_SP_APP_FL_SP_2023_C 06292022

GNHHUTSSP_2023