

Deseo cambiarme de mi plan actual al plan que he seleccionado a continuación. Entiendo que si este formulario se recibe al final de cualquier mes, mi nuevo plan generalmente entrará en vigencia el 1.º del mes siguiente.

Nota: Si desea que el tiempo de procesamiento sea más rápido, use su cuenta en línea de Sharp Health Plan para realizar su selección de plan.

Proporcione la siguiente información:

Fecha: MM/DD/AAAA

N.º de identificación del afiliado:

Apellido:

Nombre:

Inicial del segundo nombre:

 Sr. Srta. Sra.**Marque en qué plan desea inscribirse.****Plan Sharp Direct Advantage VIP**

Con nuestro Plan VIP, se incluye el plan dental HMO. También tiene la opción de seleccionar un plan dental PPO. Seleccione una de las siguientes opciones.

 Prima mensual de \$0, Delta Dental Medicare Advantage DHMO Prima mensual de \$50, Delta Dental Medicare Advantage PPO

• Desembolso máximo anual: \$2,900

• Copago al médico de atención primaria: \$0

• Copago al especialista: \$0

• Copago de sala de emergencia: \$90

• Copago de pacientes hospitalizados: \$225 por día para los días 1 a 7

• Coseguro del equipo médico duradero: 20 %

Sharp Direct Advantage Gold Card

Con nuestro Plan Gold, no se incluyen los servicios dentales. Si desea mejorar su membresía con la adición de un plan dental, seleccione una de las siguientes opciones.

 Prima mensual de \$0, servicios dentales no incluidos Prima mensual de \$13, Delta Dental Medicare Advantage DHMO Prima mensual de \$50, Delta Dental Medicare Advantage PPO

• Desembolso máximo anual: \$2,900

• Copago al médico de atención primaria: \$5

• Copago al especialista: \$20

• Copago de sala de emergencia: \$90

• Copago de pacientes hospitalizados: \$225 por día para los días 1 a 7

• Coseguro del equipo médico duradero: 20 %

Sharp Direct Advantage Platinum Card

Con nuestro Plan Platinum, se incluye el plan dental HMO. También tiene la opción de seleccionar un plan dental PPO. Seleccione una de las siguientes opciones.

 Prima mensual de \$57, Delta Dental Medicare Advantage DHMO Prima mensual de \$107, Delta Dental Medicare Advantage PPO

• Desembolso máximo anual: \$2,900

• Copago al médico de atención primaria: \$5

• Copago al especialista: \$20

• Copago de sala de emergencia: \$90

• Copago de pacientes hospitalizados: \$150 por día para los días 1 a 8

• Coseguro del equipo médico duradero: 15 %

Cómo pagar la prima del plan

Si determinamos que debe el pago de una multa por inscripción tardía (o si tiene actualmente una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo preferiría pagarla. Puede pagar por correo postal, transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) o tarjeta de crédito todos los meses. También puede elegir pagar su prima mediante una deducción mensual automática del cheque del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria.

Puede pagar su prima mensual del plan (incluidas las multas por inscripción tardía que tenga o pueda deber) por correo postal, transferencia electrónica de fondos (EFT) o tarjeta de crédito todos los meses. También puede elegir pagar su prima mediante una deducción mensual automática del cheque del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria.

Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si resulta elegible, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidos primas mensuales de medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguros. Además, quienes reúnan los requisitos no estarán sujetos a la brecha de cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de los servicios TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos con receta, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima para este beneficio. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubre.

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

Seleccione una opción de pago para las primas:

- Reciba una factura. (Si debe efectuar un pago, podrá hacerlo mensualmente con cheque o tarjeta de crédito.)
- Por transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria el primer día de cada mes. Si el primer día del mes cae en fin de semana o es feriado bancario, el giro se efectuará el próximo día hábil. Adjunte un cheque ANULADO o facilite la siguiente información:

Tipo de cuenta: Cuenta corriente o Cuenta de ahorros

Nombre del titular de la cuenta: _____ Nombre del banco: _____

Número de enrutamiento bancario: _____ Número de cuenta bancaria: _____

- Deducción automática del cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (Railroad Retirement Board, RRB).

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

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

Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o un formato accesible:

Español Braille, audio, letra grande

Seleccione una de las siguientes opciones, si aplica:

Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el período de inscripción abierta (Open Enrollment Period, OEP) de Medicare (MA OEP), del 1.º de enero al 31 de marzo.

Otro: _____

Firme a continuación

Firma:

x

Fecha de hoy:

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

Nombre:

Dirección:

Relación con el afiliado:

Número de teléfono: ()



Envíe este formulario a:

Sharp Health Plan
Medicare Sales
8520 Tech Way, Suite 201
San Diego, CA 92123-1450



¿Tiene preguntas?

Estamos aquí para ayudarle. Llámenos al
1-855-562-8853.