

Quiero pasar de mi plan actual al plan seleccionado más abajo. Entiendo que si este formulario se recibe antes de que finalice determinado mes, el nuevo plan, por lo general, entrará en vigor el primer día del mes siguiente. **Nota:** Para acelerar el tiempo de procesamiento, utilice la cuenta en línea de Sharp Health Plan para seleccionar el plan.

Brinde la siguiente información:			
Fecha: MM/DD/AAAA		N.º de identificación de miembro:	
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Marque el plan en el que desea inscribirse.			
Sharp Direct Advantage VIP Plan El plan VIP incluye el plan dental HMO. También tiene la posibilidad de elegir un plan dental PPO. Seleccione una de las opciones a continuación: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prima mensual de \$0, con Delta Dental Medicare Advantage DHMO <input type="checkbox"/> Prima mensual de \$40, con Delta Dental Medicare Advantage PPO <ul style="list-style-type: none"> • Máximo desembolso anual: \$2,900 • Copago por atención en sala de emergencias: \$90 • Copago por visita al médico de atención primaria: \$0 • Copago por internación: \$225 por día, del día 1 al 7 • Copago por visita al especialista: \$0 • Equipo médico duradero: 20 % de coseguro 			
Sharp Direct Advantage Gold Card El plan Gold no incluye cobertura dental. Si quiere optimizar su membresía mediante la incorporación de un plan dental, seleccione una de las opciones a continuación: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prima mensual de \$0, sin incluir cobertura dental <input type="checkbox"/> Prima mensual de \$13, con Delta Dental Medicare Advantage DHMO <input type="checkbox"/> Prima mensual de \$40, con Delta Dental Medicare Advantage PPO <ul style="list-style-type: none"> • Máximo desembolso anual: \$2,900 • Copago por atención en sala de emergencias: \$90 • Copago por visita al médico de atención primaria: \$5 • Copago por internación: \$225 por día, del día 1 al 7 • Copago por visita al especialista: \$20 • Equipo médico duradero: 20 % de coseguro 			
Sharp Direct Advantage Platinum Card El plan Platinum incluye el plan dental HMO. También tiene la posibilidad de elegir un plan dental PPO. Seleccione una de las opciones a continuación: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prima mensual de \$51, con Delta Dental Medicare Advantage DHMO <input type="checkbox"/> Prima mensual de \$91, con Delta Dental Medicare Advantage PPO <ul style="list-style-type: none"> • Máximo desembolso anual: \$2,900 • Copago por atención en sala de emergencias: \$90 • Copago por visita al médico de atención primaria: \$5 • Copago por internación: \$150 por día, del día 1 al 8 • Copago por visita al especialista: \$20 • Equipo médico duradero: 15 % de coseguro 			

Cómo pagar la prima del plan

Si determinamos que adeuda el pago de una multa por inscripción tardía (o si tiene actualmente una multa por inscripción tardía), necesitamos saber la forma de pago que prefiere. Puede pagar 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 Retiro Ferroviario.

Puede pagar la prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga o pueda deber) por correo postal, transferencia electrónica de fondos 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 Retiro Ferroviario.

Las personas con ingresos limitados pueden reunir las condiciones para participar en el programa Ayuda Adicional, el cual les simplifica el pago de los costos de los medicamentos con receta. Si cumplen con los requisitos, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de los medicamentos, incluidas las primas mensuales para medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnen las condiciones no estarán sujetas a la etapa de brecha de cobertura ni a la multa por inscripción tardía. Muchas personas cumplen con los requisitos para recibir estos beneficios, pero no lo saben. Para obtener más información sobre el programa 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 las condiciones del programa Ayuda Adicional para pagar los costos de la cobertura de medicamentos con receta, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan 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 para el pago de las primas:

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

Tipo de cuenta: Cuenta corriente Cuenta de ahorros

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

Número de ruta bancaria: _____ Número de cuenta bancaria: _____

- Deducción automática del cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(Una vez que el Seguro Social o la RRB apruebe su solicitud, es posible que las deducciones demoren dos meses o más en iniciarse. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción del cheque de beneficios incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigor de su inscripción hasta el momento de la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa de sus primas mensuales).

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

Español Braille, audio o letra grande

Seleccione una de las siguientes opciones, si corresponde:

Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el período de inscripción abierta 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 la persona inscrita:

Número de teléfono: ()



Envíe este formulario por correo a:

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



¿Tiene preguntas?

Estamos aquí para brindarle ayuda.
Llámenos al 1-855-562-8853.