

Ascension Complete Formulario de Inscripción Individual 2020

Ascension Complete

Si necesita información en otro idioma o formato (braille), pónganse en contacto con Ascension Complete.

Para inscribirse en Ascension Complete, proporcione la siguiente información:

Verifique en qué tipo de plan quiere inscribirse:

**Ascension Complete St. Vincent's
Reward (HMO)**

(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

H8225 - 001:

Condados de Baker, Clay, Duval y Nassau, FL
\$0 por mes

**Ascension Complete Sacred Heart
Reward (HMO)**

(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

H8225 - 002:

Condados de Escambia y Santa Rosa, FL
\$0 por mes

**Ascension Complete St. Vincent's
Secure (HMO)¹**

(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

H8225 - 003:

Condados de Baker, Clay, Duval y Nassau, FL
\$0 por mes

**Ascension Complete Sacred Heart
Secure (HMO)¹**

(incluye cobertura de medicamentos que requieren receta médica)

H8225 - 004:

Condados de Escambia y Santa Rosa, FL
\$0 por mes

¹Este plan no incluye un paquete de beneficios suplementarios adicional.



Beneficios adicionales opcionales por una prima mensual adicional de \$

Ascension Complete St. Vincent's Reward (HMO) H8225 - 001:

Escoja una opción:

- Ascension Complete Dental Option \$6.90 por mes o:
- Ascension Complete Dental & Eyewear Option \$13.80 por mes

Ascension Complete Sacred Heart Reward (HMO) H8225 - 002:

Escoja una opción:

- Ascension Complete Dental Option \$6.90 por mes o:
- Ascension Complete Dental & Eyewear Option \$13.80 por mes

Monto de la prima mensual del plan (incluye el monto de la prima mensual del plan de beneficios adicionales opcionales)

\$

Fecha de entrada en vigor

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M	M	D	D	A	A	A	A



Para inscribirse en Ascension Complete, proporcione la siguiente información:

Apellido Nombre Inicial del 2.º nombre Sr. Sra. Srta.

Fecha de nacimiento Sexo M F

Número de teléfono particular - -

Número de teléfono alternativo - -

Dirección de domicilio permanente
(no se acepta apartado postal)

Ciudad Condado Estado Código postal

Dirección postal (solo si es diferente de su dirección de domicilio permanente)

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Dirección de correo electrónico (opcional)

Contacto de emergencia Número de teléfono Relación con usted

Proporcione la información de su seguro de Medicare

Tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

- Complete con la información tal como aparecen en la tarjeta de Medicare.

BIEN

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de la carta del Seguro Social o de la Consejo de Jubilación Ferroviaria.

Nombre (tal como aparece en la tarjeta de Medicare)

Número de Medicare

Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigor

HOSPITALARIA (Parte A)

MÉDICA (Parte B)

Usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.



Cómo pagar la prima mensual de su plan

Para planes de medicamentos con receta Medicare Advantage sin primas mensuales: Si usted adeuda una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT) o tarjeta de crédito, todos los meses. También puede elegir pagar su prima mensual a través de una deducción automática mensual de su cheque de beneficios del Seguro Social o del Consejo de Jubilación Ferroviaria (RRB). Si se le asigna un monto de ajuste mensual acorde a sus ingresos de la Parte D (IRMAA), recibirá una notificación de la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de la prima mensual de su plan. Se le descontará el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o se le facturará directamente por medio de Medicare o la RRB. NO pague a Ascension Complete el IRMAA de la Parte D.

Para todos los planes con primas mensuales: Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda deber) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT) o con tarjeta de crédito cada mes. También puede elegir pagar su prima mensual a través de una deducción automática mensual de su cheque de beneficios del Seguro Social o del Consejo de Jubilación Ferroviaria (RRB). Si se le asigna un monto de ajuste mensual acorde a sus ingresos de la Parte D (IRMAA), recibirá una notificación de la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de la prima mensual de su plan. El monto se le descontará de su cheque de beneficios del Seguro Social o se le facturará directamente por medio de Medicare o de la RRB. NO pague a Ascension Complete el IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener *Ayuda Adicional* para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si es elegible, Medicare puede pagar el 75 % o más del monto de los medicamentos, incluidas las primas mensuales, los deducibles anuales y los coseguros para medicamentos con receta. Además, las personas que califiquen no tendrán brecha de cobertura ni multas por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y no lo saben. Para obtener más información sobre esta *Ayuda Adicional*, póngase en contacto con la oficina local del Seguro Social, o bien llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar *Ayuda Adicional* en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si califica para recibir *Ayuda Adicional* para los costos de la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima mensual del plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima mensual, 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 de prima mensual:

- Obtenga una factura
- Deducción automática de su cheque de beneficios mensuales del Seguro Social o del Consejo de Jubilación Ferroviaria (RRB). Obtengo beneficios mensuales de:
 - Seguro Social
 - RRB

(La deducción del Seguro Social/de la RRB puede demorar dos o más meses en empezar desde que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su pedido de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas mensuales adeudadas desde la fecha de entrada en vigor de su inscripción hasta la fecha en que inician las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su pedido de una deducción automática, le enviaremos una factura en papel de sus primas mensuales).



Lea y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Tiene una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)? Sí No
Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso o si ya no necesita diálisis regular, **adjunte una nota o registros** de su médico que demuestren que usted ha tenido un trasplante de riñón exitoso o que ya no necesita diálisis; de lo contrario, quizá debamos ponernos en contacto con usted para obtener información adicional.

2. Algunas personas suelen tener otra cobertura para medicamentos, incluido otro seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios médicos para empleados, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos que requieren receta médica además de Ascension Complete?

Sí No

Si selecciona "Sí", mencione su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación de esa cobertura:

Nombre de la otra cobertura N.º de ident. de esa cobertura N.º de grupo de esa cobertura

--	--	--

3. ¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia? Sí No

Si selecciona "Sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución

Número de teléfono de la institución

Dirección de la institución (calle y número)

4. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? Sí No

Si selecciona "Sí", proporcione su número de Medicaid:

5. ¿Usted o su cónyuge trabaja? Sí No

Elija el nombre de un médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Señale una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea español o en otro formato accesible:

Audio Letra imprenta grande Español

Póngase en contacto con Ascension Complete al 1-833-603-2971 si necesita información en otro formato accesible o idioma además de los mencionados anteriormente. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Se utiliza un sistema de mensajes después del horario de atención, durante los fines de semana y los días feriados nacionales. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Le gustaría recibir el material de Ascension Complete por correo electrónico? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, le enviaremos un correo electrónico a la dirección que nos proporcione, con un enlace para recibir material sobre beneficios en línea.





Lea esta información importante

Si actualmente usted tiene una cobertura de la salud de un empleador o sindicato, su inscripción en Ascension Complete podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o de su sindicato. Si usted se inscribe en Ascension Complete, podría perder la cobertura de la salud de su empleador o de su sindicato. Lea las notificaciones que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite el sitio web o póngase en contacto con la oficina que aparece en las notificaciones. Si no existe información de contacto, el administrador de sus beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarle.

Lea y firme a continuación

Al completar esta formulario de inscripción, acepto lo siguiente:

Ascension Complete es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Debo conservar las Partes A y B de Medicare. Puedo tener solo un plan Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan automáticamente cancelará mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura de medicamentos que requieren receta médica que tenga o pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan generalmente dura todo el año. Una vez inscrito, puedo abandonar el plan o realizar cambios solo en ciertos momentos del año, siempre y cuando haya un período de inscripción disponible (por ejemplo: Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre todos los años), o conforme a ciertas circunstancias especiales.

Ascension Complete brinda servicios en un área específica. Si me mudo del área en la que Ascension Complete brinda servicios, debo notificarle al plan para poder cancelar la inscripción y buscar un plan nuevo para mi nueva área. Una vez que sea afiliado de Ascension Complete, tendré derecho a apelar decisiones en relación con el plan sobre pagos o servicios con los que no esté de acuerdo. Leeré la Evidencia de Cobertura de Ascension Complete cuando la reciba para conocer qué normas debo cumplir para obtener el plan de cobertura de Medicare Advantage. Entiendo que las personas que tienen Medicare suelen no estar cubiertas por Medicare cuando se encuentran fuera del país, excepto por una cobertura limitada si se encuentran cerca de la frontera de los EE. UU.

Entiendo que, desde la fecha en que comienza la cobertura de Ascension Complete, debo obtener toda la atención de salud de Ascension Complete, a excepción de los servicios requeridos de urgencia o emergencia, o servicios de diálisis cuando me encuentre fuera del área de cobertura. Los servicios autorizados por Ascension Complete y otros servicios incluidos en la *Evidencia de Cobertura* de Ascension Complete (también conocida como contrato de afiliación o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI ASCENSION COMPLETE PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que, si obtengo asistencia de un agente de ventas de seguro médico, corredor u otra persona empleada o contratada por Ascension Complete, este puede recibir un pago en función de mi inscripción en Ascension Complete.



Divulgación de la información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, acepto que Ascension Complete divulgará mi información a Medicare y a otros planes, si fuera necesario, para tratamientos, pagos y atención de salud. También acepto que Ascension Complete divulgará mi información, incluida la información sobre mis medicamentos con receta a Medicare, quien puede divulgarla para realizar investigaciones y para otros fines, conforme a todos los estatutos y regulaciones federales aplicables. La información incluida en esta solicitud de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si intencionalmente incluyo información falsa en esta solicitud, se cancelará mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre, conforme a las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si lo firma una persona autorizada (como se explica anteriormente), esta firma certifica que 1) esa persona está autorizada conforme a las leyes del estado para completar esta inscripción, y que 2) toda documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Medicare.

Fecha de hoy

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

M M D D A A A A

Firma

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre

--

Dirección

--

Número de teléfono

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

Relación con la persona inscrita

--



OFFICE USE ONLY:

Name of staff member/agent/broker (if assisted in enrollment):

Plan ID #: **Effective date of coverage:**
M M D D Y Y Y Y

ICEP/IEP AEP SEP (type): Not eligible

Ascension Complete sales representative/Authorized agent

(individual sales representative/agent who completed the application)

Agent type (select one): Authorized agent Ascension Complete employee

Complete section below:

Sales rep/Agent name Sales rep/Agent NPN #

Agency/FMO affiliation: (if applicable) Agent ID#:

This information must match your approved Ascension Complete licensing records.

Agent phone #: - -

Email **Agency/FMO phone #** (if applicable) - -

Sales representative/authorized agent application receipt date:
(Applications must be received at Ascension Complete within 1 calendar day of this date.)
M M D D Y Y Y Y

Application receipt location: Appointment Sales event Walk-in
 Other (specify):

Provider information for HMO plans:

PCP name: PCP NPI:

PPG name: PPG ID:

Is PCP/PPG selected accepted for the plan chosen? Yes No

Current patient? Yes No

Broker Application Submissions: Sales representative/Agent must fax the Scope of Appointment and Enrollment Forms to 1-844-222-3180.



Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual, desde el 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea cuidadosamente los siguientes enunciados y marque el casillero si se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted está certificando que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si con el tiempo determinamos que esta información es incorrecta, su inscripción puede ser cancelada.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Recientemente me he mudado fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me he mudado y este plan es una nueva opción para mí. Me he mudado el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente fui liberado de prisión. Fui liberado el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente he regresado a los Estados Unidos después de vivir en forma permanente fuera de los Estados Unidos. Regresé a los Estados Unidos el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente obtuve un estado de residencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente hubo un cambio en mi situación de Medicaid (adquirí Medicaid recientemente, hice un cambio en el nivel de la asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente hubo un cambio en la situación de mi *Ayuda Adicional* para la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare (adquirí recientemente *Ayuda Adicional*, hice un cambio en el nivel de *Ayuda Adicional* o perdí la *Ayuda Adicional*) el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas mensuales de Medicare) o recibo *Ayuda Adicional* para pagar mi cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare, pero no hubo ningún cambio.
- Me voy a mudar, vivo en o recientemente me fui de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, en una casa de reposo o en un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré/ me fui del centro el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente he abandonado un programa PACE el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Recientemente y de forma involuntaria he perdido mi cobertura acreditable de medicamentos que requieren receta médica (cobertura tan buena como la de Medicare). He perdido mi cobertura para medicamentos el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A



- Abandonaré mi cobertura del empleador o sindicato el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacológica brindado por mi estado.
- Mi plan finaliza su contrato con Medicare, o Medicare finaliza su contrato con mi plan.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Estuve inscrito en un plan de necesidades especiales (por sus siglas en inglés, SNP) pero he perdido las calificaciones de necesidades especiales requeridas para dicho plan. Mi inscripción en el SNP fue cancelada el (inserte la fecha).

M	M	D	D	A	A	A	A
- Fui afectado por una emergencia climática o una gran catástrofe (como declara la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA]). Uno de los demás enunciados que figuran aquí se aplicaban a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguno de estos enunciados se aplica a su caso o si no está seguro, póngase en contacto con Ascension Complete al 1-833-603-2971 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para verificar si es elegible para inscribirse. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Se utiliza un sistema de mensajes después del horario de atención, durante los fines de semana y los días feriados nacionales.

Usted debe continuar pagando las primas mensuales de Medicare Parte B.

Ascension Complete tiene un contrato con Medicare para los planes HMO. La inscripción en Ascension Complete depende de la renovación del contrato.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-833-603-2971 (TTY: 711).

FRM032397SK00 (8/19)



