

**Para afiliarse a First Care Plus, por favor provea la siguiente información:**

Indique a que cubierta desea afiliarse: \_\_\_ First Care Plus (HMO) \$0

Sexo:	<input type="checkbox"/> Sr.	Apellidos:	Nombre:	Inicial	Fecha Nacimiento
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sra.				
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Srta.				

Dirección Residencial Permanente (P.O. Box no permitidos)

Ciudad	País	Zip Code	Teléfono Residencial

Dirección Postal (solo si es diferente a la Dirección Residencial Permanente):  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Por favor utilice su Tarjeta de Medicare al completar esta sección.

- Por favor llene los blancos con la información provista en su Tarjeta de Medicare roja, blanca y azul.
- O-**
- Adjunte una copia de su Tarjeta de Medicare o la carta del Seguro Social o la junta de Retiro Ferroviario.

Usted debe tener Medicare Parte A y B para afiliarse a un plan Medicare Advantage.



Name: \_\_\_\_\_

Numero de Medicare \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tiene derecho a: \_\_\_\_\_ Fecha de Efectividad \_\_\_\_\_

Hospital (Parte A) \_\_\_\_\_

Medica (Parte B) \_\_\_\_\_

**Por favor lea y conteste estas importantes preguntas**

1. Algunos individuos pueden tener otras cubiertas de medicamentos, incluyendo cubiertas privadas, TRICARE, cubierta de salud para empleados federales, beneficios de VA o ayuda de programas de Medicamentos del Estado. ¿Usted tiene otra cubierta de medicamentos en adición a First+Plus? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
 Es "SI", por favor indique su cubierta y número de identificación (ID) para la cubierta:  
 Nombre de la otra cubierta: \_\_\_\_\_ ID# para esta cubierta \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_

4. Favor de elegir el nombre de su médico primario (PCP):  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

2. ¿Usted reside permanente en una institución de cuidado prolongado, como un asilo? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
 Es "SI" por favor provea la siguiente información: Nombre de la institución: \_\_\_\_\_  
 Dirección y Numero de Teléfono de la institución (numero y calle) \_\_\_\_\_

5. ¿Usted o su conyugue trabajan? SI \_\_\_ NO \_\_\_

3. ¿Usted tiene fallo renal en etapa terminal? (ESRD) SI \_\_\_ NO \_\_\_. Si su contestación fue "SI" y ya no necesita más diálisis, o ha tenido un trasplante de riñón exitoso, por favor adjunte una nota o record de su doctor en donde indique que usted no necesita más diálisis o que tuvo un exitoso trasplante de riñón

6. ¿Usted es afiliado al programa de Medicaid de su país? SI \_\_\_ NO \_\_\_  
 Es "SI", provea su número de Medicaid \_\_\_\_\_

Por favor escoja una de las opciones de abajo si usted prefiere que le enviemos la información en otro idioma distinto al español o en otro formato:  
 \_\_\_ Inglés \_\_\_\_\_ Otro formato, favor de especificar formato: \_\_\_\_\_  
 Contacte First+Plus al 1-877-662-4242 si necesita la información en otro formato o idioma de los indicados arriba. Nuestros horarios de oficina son de lunes a viernes de 8:00 am a 8:00 pm. Usuarios de TTY llamar al 1-877-672-4242.

**Por favor lea al dorso y firme abajo**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Hoy:** \_\_\_\_\_

**Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proveer la siguiente información**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación con afiliado:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Uso oficial solamente:**  
**Nombre del representante interno/agente/agente general (si lo asistió en la afiliación):** \_\_\_\_\_

**Plan ID #:** \_\_\_\_\_ **Fecha de efectividad de Cubierta:** \_\_\_\_\_

**ICEP:IEP** \_\_\_ **OEP:** \_\_\_ **AEP:** \_\_\_ **SEP (tipo):** \_\_\_ **No Elegible:** \_\_\_

### Pagando la Prima del Plan

**Si determinamos que usted debe una penalidad por afiliarse tarde, necesitamos saber como usted prefiere pagarla. Usted puede pagar por correo, Transferencias de Fondos Electrónicos o con tarjeta de crédito cada mes. Usted también puede pagar su prima por deducción automática de su cheque de beneficio del Seguro Social cada mes. Por favor elija su opción de pago:**

\_\_\_\_\_ Libreta de Pago \_\_\_\_\_ Transferencia de Fondos Electrónicos (EFT) de su cuenta de banco mensualmente. Por favor provea un cheque nulo o provea la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_ Número de Ruta del Banco: \_\_\_\_\_ Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tarjeta de Crédito. Provea la siguiente información: Tipo de Tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la cuenta según aparece en la tarjeta: \_\_\_\_\_

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_ Fecha de Expiración: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Deducción Automática de su cheque de beneficio mensual del Seguro Social. (Su deducción del Seguro Social puede tardarse dos o más meses para comenzar. En la mayoría de los casos, su primera deducción del cheque de beneficio del Seguro Social puede incluir todas las primas adeudadas desde que su afiliación fue efectiva hasta que su descuento comience.)

### **STOP** Por favor lea esta importante información

Si usted tiene cubierta de salud por su patrono o union, afiliarse a First+Plus podria afectar los beneficios de su cubierta de salud de su patrono o union. Usted podria perder los beneficios de su cubierta de salud de su patrono o union si usted se afilia a First+Plus. Lea las comunicaciones enviadas por su patrono o union. Si usted tiene preguntas debe visitar la pagina de internet o contactar la oficina que se le indica en la comunicacion. Si no hay ninuna informacion de quien usted debe recurrir, el administrador de su cubierta de salud le puede ayudar.

### Por favor lea

#### **Al completar esta forma de afiliación, Yo acuerdo lo siguiente:**

First+Plus es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el Gobierno Federal. Yo necesitare retener mi Medicare Parte A y B. Yo solo puedo estar en un solo plan Medicare Advantage a la vez y Yo entiendo que por afiliarme a este plan automáticamente terminará mi cubierta con otro plan de Salud Medicare Advantage. Es mi responsabilidad informarle de cualquier cubierta de medicamentos que tenga o pueda obtener en un futuro. Afiliarme a este plan por lo general es por el año completo. Una vez Yo me afilie, Yo puedo desafiliarme del plan o realizar cambios solamente en ciertos momentos del año si un periodo de afiliación está disponible (Ejemplo: Periodo de Elección Anual desde Noviembre 15 hasta Diciembre 31), o debido a circunstancias especiales.

First+Plus sirve a una área específica de servicio. Si Yo me mudo fuera del área de servicio que First+Plus sirve, Yo necesito notificarle al plan para Yo poderme desafiliar y encontrar un nuevo plan en mi nueva área de servicio. Una vez sea un miembro de First+Plus, Yo tengo el derecho de apelar una decisión del plan en razón a prima o servicios si estoy en desacuerdo. Yo leeré la Evidencia de Cubierta documento de First+Plus cuando la reciba para saber qué tipos de reglas me aplican para obtener servicios de cubierta con este plan de Medicare Advantage. Yo entiendo que personas con Medicare no están cubiertos bajo Medicare mientras están fuera del área de servicio excepto para una cubierta limitada cerca de la frontera de Estados Unidos.

**Yo entiendo que al comienzo de la fecha de cubierta de First Plus, Yo debo recibir todos mis beneficios del cuidado de salud a través de First+Plus, excepto para emergencias o servicios de urgencias o servicios de diálisis fuera del área de servicio. Servicios autorizados por First+Plus y otros servicios expresados mi Evidencia de Cubierta de First Plus, documento (también conocido como contrato del afiliado o acuerdo de afiliación) será cubierto. Sin autorización, NI MEDICARE NI FIRST PLUS PAGARAN POR LOS SERVICIOS.**

Yo entiendo que si recibo ayuda de un agente de ventas, agente, u otro individuo empleado por o contratado con First+Plus, le pueden pagar a él/ella basado en mi inscripción en First+Plus.

Servicios de consejerías pueden estar disponibles en mi país para proveer información concerniente a seguros suplementarios para Medicare u otro plan Medicare Advantage o Plan de Medicamentos y también asistencia médica a través del programa de Medicaid del país.

**Liberación de Información:** afiliándome a este plan de salud de Medicare, reconozco que el plan de salud de Medicare liberará mi información a Medicare y a otros planes de ser necesario para tratamiento, pago y operaciones de asistencia médica. También reconozco que First+Plus liberará mi información incluso la data de cubierta de medicamentos a Medicare, quién puede liberarlo para la investigación y otros propósitos que siguen todos los estatutos Federales aplicables y regulaciones. La información en esta forma de afiliación es correcta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que si intencionadamente proporciono la información falsa en la afiliación, seré desafiliado del plan.

Yo entiendo que mi firma (o la firma de mi representante autorizado para actuar en mi representación según las leyes de país en donde resido permanentemente) en esta aplicación significa que Yo he leído y entendido el contenido de esta aplicación. Si es firmada por un individuo autorizado (descrito arriba como), esta firma certifica que: 1) esta persona es autorizada según las leyes que aplican en el país donde complete la aplicación de afiliación y 2) documentación de esta autorización estará disponible según la solicite First+Plus o Medicare.

