

Por favor contacte First+Plus si usted necesita información en otro idioma o formato.

POR FAVOR PROVEA SU INFORMACION DE MEDICARE

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

Indique a que cubierta desea afiliarse:
_____ PDP Gobierno \$48.00

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.				dd /mm / yyyy

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 de Medicamentos Recetados de Medicare.



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# _____

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) _____

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 8:00am a 8:00pm. Usuarios de TTY llamar al 1-877-672-4242.

Por favor lea al dorso de esta solicitud 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: _____
Dirección: _____	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

Usted puede pagar su premio de plan mensual por el correo, Transferencia Electrónica de Fondos (EFT) o con tarjeta de crédito cada mes. Usted también puede decidir pagar su prima por la deducción automática de su cheque del beneficio del Seguro Social cada mes. Si usted no selecciona una opción de pago, usted recibirá un libro de cupón cada mes. Por favor seleccione una 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: _____

Tipo de Cuenta: _____ Cheque _____ Ahorros

_____ 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: _____ / _____ (mm/yyyy)

_____ 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.)

Por favor lea esta importante información

Si usted es un afiliado de un Medicare Advantage (como un HMO o PPO), puede que ya tenga la cobertura de Medicamentos Recetados de su Plan de Medicare Advantage que cumpla con sus necesidades. Al afiliarse a First+Plus, su suscripción en el Plan de Medicare Advantage puede terminar. Esto afectará su cobertura médica y de hospital, así como su cobertura de medicamentos recetados. Lea la información que su Plan de Medicare Advantage le envía y si usted tiene preguntas, comuníquese con su Plan de Medicare Advantage.

Si actualmente tiene cobertura de salud de un patrono o unión, ingresar a First+Plus puede afectar sus beneficios de salud de su patrono o unión. Usted puede perder su cobertura de salud patronal o de unión si usted se une a First+Plus. Lea la comunicación que le envía su patrono o unión. Si tiene preguntas, visite la página electrónica de su patrono o comuníquese con la oficina mencionada sus notificaciones patronales. Si no hay información a quien contactar, su administrador de beneficios o la oficina que conteste preguntas sobre su cobertura puede asistirlo.

Por favor de leer

Al Completar esta solicitud de afiliación, estoy de acuerdo con lo siguiente:

First+Plus es un plan de Medicamentos de Medicare y tiene un contrato con el gobierno Federal. Yo entiendo que esta cobertura de Medicamentos Recetados es adicional a mi cobertura bajo Medicare; por lo tanto, tendré que mantener mi cobertura de Medicare Parte A o Parte B. Es mi responsabilidad de informar a First+Plus sobre cualquier cobertura de Medicamentos Recetados que tenga o pueda tener en el futuro. Sólo puedo estar en un plan de Medicamentos Recetados de Medicare a la vez - si actualmente me encuentro en un plan de Medicamentos Recetados de Medicare, mi afiliación a First+Plus terminará esa afiliación.

La afiliación en este plan es generalmente para el año entero. Una vez afiliado, puedo dejar este plan o hacer cambios si un período de afiliación está disponible, generalmente durante el Período Anual de Afiliación (15 de noviembre – 31 de diciembre), a menos que cualifique para ciertas circunstancias especiales.

First+Plus sirve un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área que First+Plus cubre, tengo que notificarle al plan para poder desafiliarme y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Entiendo que debo utilizar farmacias dentro de la red excepto en una emergencia cuando razonablemente no pueda utilizar las farmacias de la red de First+Plus. Una vez sea un afiliado de First+Plus, tengo el derecho de apelar decisiones del plan sobre pago o servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de Cobertura de First+Plus cuando lo reciba para saber cuales reglas debo seguir para recibir cobertura. Entiendo que si dejo este plan y no tengo o recibo otra cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare o una cubierta de Medicamentos recetados acreditable (tan bueno como la Medicare), puede que tenga que pagar una penalidad de afiliación tardía en adición a mi prima para la cobertura de Medicamentos Recetados en un futuro.

Servicios de consejería puede estar disponible en mi estado para proveer consejos acerca del seguro suplementario de Medicare u otras opciones de Medicare Advantage o Plan de Medicamentos Recetados, asistencia medica a través del programa de Medicaid del estado y el Programa de Ahorros de Medicare.

Relevo de Información: Al afiliarse a este plan de Medicamentos Recetados de Medicare, reconozco que First+Plus divulgará mi información a Medicare y a otros planes de ser necesario para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud. También reconozco que First+Plus divulgará mi información incluyendo la data de un evento de prescripción, a Medicare, quién puede divulgará para investigación en otros propósitos que sigan todas las regulaciones estatutos y Federales aplicables. La información en esta solicitud de afiliación es correcta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que si intencionalmente proporciono información falsa en esta solicitud, seré desafiliado del plan. Yo entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi representación bajo la ley estatal en donde resido) en esta aplicación significa que yo he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si es firmada por un individuo autorizado (según descrito arriba), esta firma certifica que: 1) esta persona es autorizada bajo la ley estatal, a completar esta solicitud 2) documentación de esta autoridad estará disponible a petición de First+Plus o Medicare.