

# CIGNA Medicare Select Plus Rx® (HMO)

Medicare Advantage HMO Medical Plans with Part D Prescription Drug Coverage

**CIGNA Medicare Select Plus Rx (HMO)  
Planes Medicare Advantage**

# Formulario de solicitud de inscripción 2012

Parte 1 de 2



832334 b SP 08/11

H0354\_1152009b\_SP Aprobado por CMS 08302011

Copia de color blanco – plan    Copia de color amarillo – cliente

# CIGNA Medicare Select Plus Rx® (HMO) Planes Medicare Advantage Formulario de solicitud de inscripción 2012



Comuníquese con CIGNA Medicare Select Plus Rx si necesita información en otro idioma o formato (braille).

## Para inscribirse en CIGNA Medicare Select Plus Rx®, brinde la siguiente información:

### Marque el plan en el que desea inscribirse:

- |   |              |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> CIGNA Medicare Select Plus Rx – Standard (HMO) | \$0 por mes  |
| <input type="checkbox"/> CIGNA Medicare Select Plus Rx – Premium (HMO)  | \$25 por mes |
| <input type="checkbox"/> CIGNA Medicare Select Plus Rx – Dual (HMO SNP) | \$0 por mes  |
| <input type="checkbox"/> Complemento odontológico opcional              | \$17 por mes |

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo Sr.  Sra.  Srta.   
nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: (__ / __ / ____) (M M/ D D/ A A A A)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono particular: (____) ____ - ____	Número de teléfono alternativo: (____) ____ - ____
---	--	--	---

Domicilio de residencia permanente (no se permite ingresar una casilla postal):

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Dirección de correo postal (solo si es diferente del domicilio de residencia permanente):

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico:

## Proporcione la información de su seguro de Medicare


Consulte su tarjeta de Medicare para completar esta sección.

- Complete los espacios en blanco para que coincidan con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

- O -

- Adjunte una copia de su tarjeta Medicare o de su carta del Seguro Social o de Railroad Retirement Board (Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios).

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

<b>MEDICARE</b>				<b>HEALTH INSURANCE</b>	
SOLO DE MUESTRA					
Nombre: _____					
Número de reclamo de Medicare _____				Sexo _____	
_____ - _____ - _____					
Con derecho a			Fecha de entrada en vigencia		
ATENCIÓN HOSPITALARIA (Parte A) _____			_____		
ATENCIÓN MÉDICA (Parte B) _____			_____		

## Pago de la prima de su plan:

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier sanción por inscripción tardía que tenga actualmente o que deba) por correo, Transferencia electrónica de fondos (TEF) o tarjeta de crédito todos los meses. También puede elegir pagar su prima mediante deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de Railroad Retirement Board (Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios) todos los meses.

Si se determina para usted un monto de ajuste mensual relacionado con el Ingreso de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar este monto extra además de la prima de su plan. Este monto le será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social o bien le será facturado directamente por Medicare o por Railroad Retirement Board (Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios). NO pague a CIGNA Medicare Select Plus Rx el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D.

Las personas con escasos ingresos pueden calificar para recibir ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si es elegible, Medicare puede pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos con receta, los montos anuales deducibles y los coseguros. Asimismo, aquellos que califiquen no estarán sujetos al período sin cobertura ni a una sanción por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para disfrutar de esos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina de Seguro Social local o comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-800-325-0778. También puede solicitar ayuda adicional en línea en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si califica para recibir ayuda adicional para los costos de su cobertura de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará toda la prima de su plan o parte de esta. Si Medicare solo cubre una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubra.

Si no selecciona una opción de pago, obtendrá un libro de cupones por mes.

**Seleccione una opción de pago de primas:**

Recibir un libro de cupones.

Deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de Railroad Retirement Board (Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios) todos los meses. (Es posible que la deducción del Seguro Social o de Railroad Retirement Board [Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios] tarde dos meses o más en hacerse efectiva, luego de que el Seguro Social o Railroad Retirement Board [Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios] apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o Railroad Retirement Board [Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios] acepta su pedido de una deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de Railroad Retirement Board [Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios] incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta la fecha en que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o Railroad Retirement Board [Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios] no aprueba su pedido de una deducción automática, le enviaremos una factura en papel por sus primas mensuales).

**Lea y responda estas preguntas importantes:**

1. ¿Padece enfermedad renal en etapa terminal (ERET)?  Sí  No  
Si le han realizado un trasplante de riñón exitoso o si ya no necesita someterse a diálisis regularmente, **adjunte una nota o los registros** de su médico donde se indique que se le ha realizado un trasplante de riñón exitoso o que ya no necesita diálisis. De lo contrario, es posible que nos comuniquemos con usted para obtener información adicional.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluido otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de VA o programas estatales de asistencia farmacéutica.  
¿Contará con otra cobertura de medicamentos con receta además de CIGNA Medicare Select Plus Rx?  Sí  No  
Si su respuesta es “Sí”, indique la otra cobertura y sus números de identificación (ID) para esta cobertura:  
Nombre de la otra cobertura: N.º de identificación para esta cobertura: N.º de grupo para esta cobertura:  
\_\_\_\_\_

3. ¿Es residente en un centro de atención de cuidados a largo plazo, como un centro de enfermería especializada? Si su respuesta es “Sí”, proporcione la siguiente información:  Sí  No  
Nombre de la institución: \_\_\_\_\_  
Domicilio y número de teléfono de la institución (número y calle): \_\_\_\_\_

4. ¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su Estado?  Sí  No  
Si la respuesta es “Sí”, proporcione su número de Medicaid: \_\_\_\_\_

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan?  Sí  No

6. ¿Recibe asistencia Medicaid del Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS)?  Sí  No

**Seleccione el nombre de un médico de cabecera (Primary Care Physician, PCP), clínica o centro de salud:**

"CIGNA Medicare Services", "CIGNA Medicare Select Plus Rx" (HMO), "CIGNA Medicare Select Plus Rx - Dual (HMO SNP)", "CIGNA Medicare Select" (HMO) y el logotipo "Tree of Life" son marcas de servicio registradas de CIGNA Intellectual Property, Inc., otorgadas bajo licencia para su uso por parte de CIGNA Corporation y sus subsidiarias operativas. Los planes CIGNA Medicare Select y CIGNA Medicare Select Plus Rx no son ofrecidos por CIGNA Corporation, sino por la subsidiaria operativa CIGNA HealthCare of Arizona, Inc. CIGNA HealthCare of Arizona, Inc. es una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare que ofrece diversos planes individuales (incluido el plan CIGNA Medicare Select Plus Rx - Dual, que es un plan de atención coordinada ofrecido sin un contrato con el programa Medicaid de Arizona). A partir de la fecha de publicación, los planes CIGNA Medicare Select y CIGNA Medicare Select Plus Rx son ofrecidos a empleadores y personas únicamente en el Condado de Maricopa y en ciertos códigos postales dentro de la región de Apache Junction y Queen Creek, Arizona.

832334 b SP 08/11 © 2011 CIGNA



# CIGNA Medicare Select Plus Rx® (HMO)

Medicare Advantage HMO Medical Plans with Part D Prescription Drug Coverage

**CIGNA Medicare Select Plus Rx (HMO)  
Planes Medicare Advantage**

## Formulario de solicitud de inscripción 2012

Parte 2 de 2



832769 b SP 08/11

H0354\_1152009b\_SP Aprobado por CMS 08302011

Copia de color blanco: plan. Copia de color amarillo: cliente.

**Marque una de las casillas que aparecen a continuación si prefiere que le enviemos la información en otro idioma que no sea inglés o en otro formato:**  Español  Braille

Comuníquese con CIGNA Medicare Select Plus Rx al 1-800-592-9231 si necesita recibir información en otro formato o en otro idioma además del que se enumera anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. hora local, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-800-987-8816.



### Lea esta información importante

**Si actualmente tiene cobertura médica de su empleador o sindicato, adherirse a CIGNA Medicare Select Plus Rx podría afectar los beneficios de salud de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura médica de su empleador o sindicato si se adhiere a CIGNA Medicare Select Plus Rx.** Lea los comunicados que su empleador o que su sindicato le envíen. Si tiene preguntas, visite sus sitios web o comuníquese con las oficinas que aparecen en los comunicados. Si no encuentra la información de contacto, puede obtener información de su administrador de beneficios o de la oficina que responda a preguntas sobre su cobertura.

### Lea y firme a continuación:

**Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:**

CIGNA Medicare Select Plus Rx es un plan de Medicare Advantage y tiene contrato con el gobierno federal. Debo conservar mi Parte A y mi Parte B de Medicare. Solo puedo estar inscrito en un plan de salud de Medicare Advantage a la vez y comprendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en cualquier otro plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informar sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o que pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan es, generalmente, para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo salir del plan o realizar cambios solo en determinados momentos del año cuando un período de inscripción se encuentre disponible (Por ejemplo: desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año) o bajo ciertas circunstancias especiales.

CIGNA Medicare Select Plus Rx cubre un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de cobertura de CIGNA Medicare Select Plus Rx, debo notificárselo al plan para que pueda dar de baja mi inscripción y hallar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de CIGNA Medicare Select Plus Rx, tengo derecho a apelar decisiones del plan sobre pagos o servicios, en caso de que no esté de acuerdo. Leeré el documento de Plan de coberturas de CIGNA Medicare Select Plus Rx cuando lo reciba para saber qué reglas debo seguir para obtener la cobertura con este plan de Medicare Advantage. Comprendo que la gente que cuenta con cobertura de Medicare generalmente no cuenta con cobertura de Medicare mientras está fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.

Comprendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de CIGNA Medicare Select Plus Rx, debo obtener toda mi atención de salud a través de CIGNA Medicare Select Plus Rx, excepto para servicios de emergencia o de urgencia, o para servicios de diálisis fuera del área.

Se cubrirán los servicios autorizados por CIGNA Medicare Select Plus Rx y otros servicios que se encuentran en mi documento de Evidencia de cobertura de CIGNA Medicare Select Plus Rx (también conocido como un contrato de membresía o contrato de suscripción). Sin autorización, **NI MEDICARE NI CIGNA MEDICARE SELECT PLUS RX PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Comprendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, gestor u otra persona que sea empleada o que esté contratada por CIGNA Medicare Select Plus Rx, esta persona puede recibir una remuneración en función de mi inscripción en CIGNA Medicare Select Plus Rx.

**Divulgación de información:**

Al adherirme a este plan de salud de Medicare, acepto que CIGNA Medicare Select Plus Rx divulgue mi información a Medicare y a otros planes, según sea necesario para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También acepto que CIGNA Medicare Select Plus Rx divulgue mi información, incluidos mis datos de evento de medicamento recetado, a Medicare, quien puede divulgarla a fines de investigación u otros fines que cumplan con todas las reglas y leyes federales aplicables. Según mi leal saber y entender, la información de este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que si, intencionalmente, proporciono información falsa en este formulario, se dará de baja mi plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según las leyes estatales donde resido) en esta solicitud significa que he leído y que comprendo los contenidos de esta solicitud. Si este formulario cuenta con la firma de la persona autorizada (como se describe anteriormente), dicha firma certifica que: 1) esta persona está autorizada según las leyes estatales para realizar esta inscripción y 2) la documentación sobre esta autoridad se encuentra disponible a pedido de Medicare.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

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

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

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

**Relación con el afiliado:** \_\_\_\_\_

**Office Use Only:**

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

Plan ID#: \_\_\_\_\_ Effective Date of Coverage: \_\_\_\_\_

ICEP/IEP  AEP  SEP (type): \_\_\_\_\_  Not Eligible: \_\_\_\_\_  Dental Supplement

Dental Office ID \_\_\_\_\_

Medicare Verification?: \_\_\_\_\_ Current Health Plan Carrier: \_\_\_\_\_

**Agent Use Only:**

Agent Name: \_\_\_\_\_ CIGNA Agent ID: \_\_\_\_\_

Form Received On: \_\_\_\_\_ Agent Phone/Email \_\_\_\_\_

Agent Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Testimonio de cumplimiento de requisitos para un período de inscripción

Generalmente, usted puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage durante el período de inscripción anual entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que le permiten inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, según su leal saber y entender, usted cumple los requisitos para un Período de inscripción. Si luego comprobamos que esta información es incorrecta, podemos dar de baja su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir en forma permanente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el (fecha) \_\_\_\_\_.
- Tengo Medicare y Medicaid o mi Estado me ayuda a pagar las primas de Medicare.
- Recibo ayuda adicional para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Ya no califico para recibir ayuda adicional para pagar mis medicamentos recetados de Medicare. No recibo ayuda adicional desde el (fecha): \_\_\_\_\_.
- Me estoy por mudar a un centro de atención de cuidados a largo plazo, o vivo en uno, o me mudé recientemente de uno (por ejemplo, un centro de enfermería especializada o una institución de cuidados a largo plazo). Me mudé/mudaré al/del centro el (fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente salí del programa PACE el (fecha) \_\_\_\_\_.
- Involuntariamente perdí mi cobertura de medicamentos recetados acreditable (de la misma calidad que Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (fecha) \_\_\_\_\_.
- Voy a dejar la cobertura que me brinda mi empleador o sindicato (fecha) \_\_\_\_\_.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica que ofrece mi Estado.
- Mi plan finaliza su contrato con Medicare o Medicare finaliza su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de necesidades especiales (SNP) pero dejé de contar con los requisitos de necesidades especiales necesarios para participar en tal plan. Se me dio de baja del SNP el (fecha) \_\_\_\_\_.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o si no está seguro, comuníquese con CIGNA Medicare Select Plus Rx al 1-800-592-9231 (los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-800-987-8816) para determinar si es elegible para inscribirse. Atendemos de 8 a. m. a 8 p. m. hora local, los 7 días de la semana.



“CIGNA Medicare Services”, “CIGNA Medicare Select Plus Rx” (HMO), “CIGNA Medicare Select Plus Rx – Dual (HMO SNP)”, “CIGNA Medicare Select” (HMO) y el logotipo “Tree of Life” son marcas de servicio registradas de CIGNA Intellectual Property, Inc., otorgadas bajo licencia para su uso por parte de CIGNA Corporation y sus subsidiarias operativas. Los planes CIGNA Medicare Select y CIGNA Medicare Select Plus Rx no son ofrecidos por CIGNA Corporation, sino por la subsidiaria operativa CIGNA HealthCare of Arizona, Inc. CIGNA HealthCare of Arizona, Inc. es una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare que ofrece diversos planes individuales (incluido el plan CIGNA Medicare Select Plus Rx – Dual, que es un plan de atención coordinada ofrecido sin un contrato con el programa Medicaid de Arizona). A la fecha de publicación, los planes CIGNA Medicare Select y CIGNA Medicare Select Plus Rx son ofrecidos a empleadores y personas únicamente en el Condado de Maricopa y en ciertos códigos postales dentro de la región de Apache Junction y Queen Creek, Arizona.

832769 b SP 08/11 © 2011 CIGNA

