


**Formulario de inscripción individual para el plan de medicamentos  
recetados de Medicare  
CIGNA Medicare Rx® Plan One (PDP)**



Comuníquese con CIGNA Medicare Rx (PDP) si necesita información en otro idioma o formato (Braille).

<b>Para inscribirse en CIGNA Medicare Rx® Plan One (PDP), proporcione la siguiente información:</b>			
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Fecha de nacimiento: (__ / __ / ____) (MM / DD / AAAA)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono particular: (____) ____ - ____	
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: _____			
Contacto en caso de emergencia:	Número de teléfono:	Relación con usted:	
Dirección de correo electrónico:			
<b>Proporcione la información de su seguro de Medicare</b>			
<p>Consulte su tarjeta de Medicare para completar esta sección.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Complete los espacios en blanco para que coincidan con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.</li> </ul> <p style="text-align: center;">- O -</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 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).</li> </ul> <p>Deberá tener la Parte A o la Parte B de Medicare (o ambas) para adherirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare.</p>		 <p style="text-align: center;">SOLO DE MUESTRA</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Número de reclamo de Medicare      Sexo _____ ____ - ____ - _____</p> <p>Con derecho a      Fecha de entrada en vigencia ATENCIÓN HOSPITALARIA (Parte A) _____ MÉDICOS      (Parte B) _____</p>	
<b>Pago de la prima de su plan:</b>			
<p>Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier sanción por inscripción tardía 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 le cobra 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 de Railroad Retirement Board (Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios), o bien le será facturado directamente por Medicare. NO pague el Monto de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso de la Parte D a CIGNA Medicare Rx (PDP).</p>			

Las personas con escasos ingresos pueden calificar para recibir ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos recetados. Si califica, Medicare puede pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas de medicamentos recetados mensuales, los montos anuales deducibles y los coseguros. Además, quienes califiquen no tendrán un período sin cobertura ni 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 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 ésta. Si Medicare solo cubre una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubra.

Si no selecciona una opción de pago, usted recibirá una factura todos los meses.

**Seleccione una opción de pago de prima:**

- Recibir una factura
- Realizar una transferencia electrónica de fondos (TEF) de su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione los siguientes datos:

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_ Tipo de cuenta:  Cuenta corriente  Cuenta de ahorro

Número de ruta del banco: \_\_\_\_\_ Número de cuenta bancaria: \_\_\_\_\_

- Pagar con tarjeta de crédito. Proporcione la siguiente información:

Tipo de tarjeta: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la cuenta como figura en la tarjeta: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_ (MM/AAAA)

- 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. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social/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 de papel por sus primas mensuales).

**Responda las siguientes preguntas:**

1. 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 Rx (PDP)?  Sí  No

Si la respuesta es "sí", indique su 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: _____
------------------------------------	--	---

2. ¿Es residente en un centro de atención de cuidados a largo plazo, como un centro de enfermería?  Sí  No

Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Domicilio y número de teléfono de la institución (número y calle): \_\_\_\_\_

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

Comuníquese con CIGNA Medicare Rx (PDP) al 1-800-735-1459 si necesita recibir información en otro formato o en otro idioma aparte de los que se enumeran anteriormente. Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-800-322-1451. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana.



## Lea esta información importante

**Si usted es miembro de un plan Medicare Advantage** (como HMO o PPO), es posible que ya reciba cobertura de medicamentos recetados de su plan Medicare Advantage que satisfaga sus necesidades. Al adherirse a CIGNA Medicare Rx (PDP), es posible que su membresía en el plan Medicare Advantage finalice. Esto afectará tanto su cobertura médica y hospitalaria y su cobertura de medicamentos recetados. Lea la información que su plan Medicare Advantage le envíe y si tiene alguna pregunta, comuníquese con su plan Medicare Advantage.

**Si actualmente tiene cobertura médica de su empleador o sindicato, adherirse a CIGNA Medicare Rx (PDP) 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 Rx (PDP). 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 aparece información de contacto, podrá obtener información de su administrador de beneficios o de la oficina que responda preguntas sobre su cobertura.

### Testimonio de elegibilidad para un período de inscripción

**Ignore esta sección si se inscribirá entre el 15 de octubre de 2011 y el 7 de diciembre de 2011**

Complete la siguiente información si se inscribirá fuera del período que comienza el 15 de octubre de 2011 y termina el 7 de diciembre de 2011.

**Por lo general, se puede inscribir en un Plan de medicamentos recetados de Medicare únicamente durante el período de inscripción anual: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.** Además, hay excepciones que le permiten inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare fuera del período de inscripción anual. 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 de 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 mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare. No recibo ayuda adicional desde el (fecha): \_\_\_\_\_.
- Vivo en un centro de atención de cuidados a largo plazo o me mudé recientemente de uno (por ejemplo: un centro de enfermería 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 con receta 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.
- Presento esta solicitud de inscripción entre el 1 de enero y el 14 de febrero, y recientemente he terminado mi participación en un plan Medicare Advantage. Abandoné mi plan Medicare Advantage el (fecha) \_\_\_\_\_.

Si ninguna de estas declaraciones se aplican a usted o si no está seguro, comuníquese con CIGNA Medicare Rx (PDP) al 1-800-735-1459 para saber si usted es elegible para inscribirse. Atendemos de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben comunicarse al 1-800-322-1451.

**Lea y firme a continuación:**

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

CIGNA Medicare Rx (PDP) es un plan de medicamentos de Medicare y tiene contrato con el gobierno federal. Comprendo que esta cobertura de medicamentos se agrega a mi cobertura según Medicare; por lo tanto, necesitaré conservar mi cobertura de Parte A o Parte B de Medicare. Es mi responsabilidad informar a CIGNA Medicare Rx (PDP) sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o que pueda tener en el futuro. Solo puedo participar en un plan de medicamentos recetados de Medicare a la vez. Si actualmente participo en un plan de medicamentos recetados de Medicare, mi inscripción en CIGNA Medicare Rx (PDP) pondrá fin a esa inscripción. La inscripción en este plan es, generalmente, para todo el año. Una vez que me inscriba, podría abandonar el plan o realizar cambios si un período de inscripción se encuentra disponible, generalmente durante el Período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre), a menos que sea elegible para ciertas circunstancias especiales.

CIGNA Medicare Rx (PDP) cubre un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de cobertura de CIGNA Medicare Rx (PDP), debo notificárselo al plan para que pueda dar de baja mi inscripción y hallar un nuevo plan en mi nueva área. Comprendo que debo utilizar las farmacias dentro de la red, excepto en casos de emergencia cuando no pueda utilizar, de forma razonable, las farmacias de la red CIGNA Medicare Rx (PDP). Una vez que sea miembro de CIGNA Medicare Rx (PDP), tengo derecho a apelar decisiones del plan sobre pagos o servicios, en caso de que no esté de acuerdo. Leeré el documento de la Evidencia de cobertura de CIGNA Medicare Rx (PDP) cuando lo reciba para saber qué reglas debo seguir para obtener la cobertura.

Comprendo que si abandono este plan y que si no tengo o no recibo otra cobertura de medicamentos recetados de Medicare o cobertura de medicamentos recetados acreditable (de la misma calidad que Medicare), podría tener que pagar una sanción por inscripción tardía aparte de mi prima por cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro.

Comprendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, gestor u otra persona que sea empleada o que esté contratada por CIGNA Medicare Rx (PDP), ella/él puede recibir una remuneración según mi inscripción en CIGNA Medicare Rx (PDP).

En mi estado, puedo obtener servicios de asesoría para obtener información sobre el seguro complementario de Medicare u otras opciones de plan de medicamentos con receta o Medicare Advantage, asistencia médica a través del programa Medicaid estatal y el Programa de Ahorro de Medicare.

**Divulgación de información:**

Al adherirme a este plan de medicamentos recetados de Medicare, acepto que CIGNA Medicare Rx (PDP) divulgará 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 Rx (PDP) divulgue mi información, incluidos mis datos de evento de medicamento recetado, a Medicare, que puede divulgarla para 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 el contenido 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:** \_\_\_\_\_

**Medicare Prescription Drug Plan Use Only:**

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

SEP (Type): \_\_\_\_\_

Name of Plan Representative/Agent/Broker: \_\_\_\_\_

**Producer Use Only:**

The person that is discussing plan options with you is either employed by or contracted directly or indirectly with CIGNA. The person may be compensated based on your enrollment in a plan.

Producer Last Name: \_\_\_\_\_ Producer First Name: \_\_\_\_\_

CIGNA Agent ID: \_\_\_\_\_ Producer License Number\*: \_\_\_\_\_

Producer Agency: \_\_\_\_\_

Producer Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Producer Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Producer E-mail: \_\_\_\_\_

**You need to provide Effective Date, IEP, AEP, or SEP information in the box above.**

\* License Number in State where policy was sold.

Envíe este formulario por fax al número de PDP: **1-800-735-1469**

O envíelo por correo postal a:

CIGNA Medicare Rx (PDP)

P.O. Box 269005

Weston, FL 33326-9927