

# Formulario de inscripción individual en el Plan de medicamentos con receta de Medicare de Cigna para 2020



Comuníquese con el Plan de medicamentos con receta de Medicare de Cigna si necesita información en otro idioma o formato (braille).

<b>Para inscribirse en el Plan de medicamentos con receta de Medicare de Cigna, proporcione la siguiente información:</b>			
<b>Marque el plan en el que desea inscribirse:</b>		<input type="checkbox"/> <b>Cigna-HealthSpring Rx Secure (PDP)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)</b>
		<input type="checkbox"/> <b>Cigna-HealthSpring Rx Secure-Essential (PDP)</b>	
APELLIDO:		NOMBRE:	Inicial del 2.º 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	Números de teléfono para comunicarnos con usted: Número principal (____) ____ - ____ <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Celular Número alternativo (opcional) (____) ____ - ____ <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Celular	
Dirección de residencia permanente (no se permiten casillas postales):			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Dirección postal (solo si es diferente de su dirección de residencia permanente):			
Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____			
Contacto de emergencia:		Número de teléfono:	Relación con usted:
Su correo electrónico:			
<b>Proporcione la información sobre su seguro de Medicare</b>			
Consulte su tarjeta de Medicare para completar esta sección. • Llene estos espacios en blanco con la información de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare; -O bien- • Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria. Usted debe tener la Parte A o la Parte B de Medicare (o ambas) para afiliarse a un plan de medicamentos con receta de Medicare.		Nombre _____ (tal como figura en su tarjeta de Medicare)  Número de Medicare _____  <b>tiene derecho a</b> <b>Cobertura hospitalaria (Parte A)</b> _____ <b>Cobertura médica (Parte B)</b> _____ <b>Fecha de entrada en vigor</b> _____	
<b>Cómo pagar la prima de su plan:</b>			
Usted puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que pueda adeudar) por correo, Transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés) o tarjeta de crédito todos los meses. También puede optar por pagar su prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o la Junta de Jubilación Ferroviaria todos los meses. Si se le aplica un Ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de su prima del plan. El monto se le deducirá de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria, o Medicare se lo facturará directamente. NO pague el monto adicional del Ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D) al Plan de medicamentos con receta de Medicare de Cigna.			

Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para obtener Ayuda Adicional a fin de pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted reúne los requisitos, Medicare podría pagar el 75% de los costos de sus medicamentos o un porcentaje mayor, que incluye primas mensuales de medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguro. Además, quienes reúnan los requisitos no tendrán una interrupción en la cobertura ni deberán pagar una multa por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos para este tipo de ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o 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](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si reúne los requisitos para obtener Ayuda Adicional a fin de pagar los costos de su cobertura de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos la cantidad que Medicare no cubra.

Si no elige una opción de pago, recibirá una factura mensual.

**Elija una opción para el pago de las primas:**

- Recibir una factura
- Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:  
Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_  
Tipo de cuenta:  Cuenta corriente  Cuenta de ahorros  
N.º de ruta del banco: \_\_\_\_\_ N.º de cuenta bancaria: \_\_\_\_\_
- Tarjeta de crédito. Proporcione la siguiente información:  
Tipo de tarjeta: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la cuenta tal 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 la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB). (Según la fecha en que se procese su inscripción, es posible que reciba una factura por la prima el primer mes en el que esté inscrito. Si el Seguro Social/la Junta de Jubilación Ferroviaria aceptan su solicitud de deducción, es posible que la deducción de su cheque de beneficios demore varios meses en hacerse efectiva. Por lo tanto, es posible que su primera deducción incluya las primas de varios meses. Si el Seguro Social/la Junta de Jubilación Ferroviaria no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).  
Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB

Una vez que Medicare haya aprobado su inscripción, usted tendrá otras opciones de pago entre las cuales podrá elegir. Visite [cigna.com/part-d](http://cigna.com/part-d) para conocer las opciones de pago en línea y los detalles.

**Responda las siguientes preguntas:**

1. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura de medicamentos, como otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios médicos para empleados federales, beneficios de VA o Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además de la del Plan de medicamentos con receta de Medicare de Cigna?  Sí  No

En el caso de una respuesta afirmativa, mencione su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura: _____	N.º de identificación para esta cobertura: _____	N.º de grupo para esta cobertura: _____
------------------------------------	--	---

2. ¿Es usted residente de un centro de cuidados a largo plazo, como un hogar de ancianos?  Sí  No

En el caso de una respuesta afirmativa, proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

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

**Marque una de las siguientes casillas si preferiría que le enviemos información en un idioma distinto del inglés o en otro formato:**  Español  Braille

Comuníquese con el Plan de medicamentos con receta de Medicare de Cigna al 1-800-735-1459 si necesita información en un formato o idioma distinto de los mencionados arriba. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los siete días de la semana. Puede que nuestro sistema telefónico automático conteste sus llamadas durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de sept.

**ALTO****Lea esta información importante**

**Si usted es miembro de un Plan Medicare Advantage** (como HMO o PPO), es posible que ya tenga una cobertura de medicamentos con receta a través de su Plan Medicare Advantage que satisfaga sus necesidades. Si se inscribe en el Plan de medicamentos con receta de Medicare de Cigna, es posible que se ponga fin a su membresía en el Plan Medicare Advantage. Esto afectará su cobertura de médicos y hospitales, además de su cobertura de medicamentos con receta. Lea la información que le envíe su Plan Medicare Advantage y, si tiene alguna pregunta, comuníquese con su Plan Medicare Advantage.

**Si actualmente tiene cobertura de salud a través de un empleador o sindicato, la inscripción en el Plan de medicamentos con receta de Medicare de Cigna podría afectar los beneficios de salud de su empleador o sindicato.** Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en el Plan de medicamentos con receta de Medicare de Cigna. Lea las comunicaciones que le envíen su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o comuníquese con la oficina mencionada en sus comunicaciones. Si no encuentra información respecto de con quién debe comunicarse, podrá obtener ayuda de su administrador de beneficios o de la oficina que responde preguntas sobre su cobertura.

**Certificación de elegibilidad para un período de inscripción**  
**Deje esta sección en blanco si se inscribe entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre**

**Complete** esta sección si no se inscribe entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

**Por lo general, podrá inscribirse en un Plan de medicamentos con receta de Medicare únicamente durante el período de inscripción anual que se extiende desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año.** Además, hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un Plan de medicamentos con receta de Medicare fuera del período de inscripción anual.

Lea atentamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación se aplica a su caso. Si marca alguna de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, reúne los requisitos para un Período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio correspondiente a mi plan actual, o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir en forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional pero no hubo ningún cambio.
- Vivo o vivía hasta recientemente en un centro de cuidados a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un asilo de convalecencia). Me mudé/mudaré al/del centro el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente abandoné un programa PACE, el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos con receta (tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Dejaré de tener la cobertura de un empleador o sindicato el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- Mi plan pondrá fin a su contrato con Medicare, o Medicare pondrá fin a su contrato con mi plan.
- Recientemente hubo un cambio en mi programa de Ayuda Adicional que paga la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (acabo de empezar a recibir Ayuda Adicional, hubo un cambio o dejé de recibir Ayuda Adicional) el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir otro plan. Mi inscripción en ese plan empezó el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente hubo un cambio en mi cobertura de Medicaid (acabo de empezar a recibir Medicaid, hubo un cambio o dejé de recibir Medicaid) el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (1 de enero - 31 de marzo).
- Hace poco fui liberado de prisión. Salí en libertad el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.

Esta sección continúa en la página siguiente

- Recientemente adquirí la condición de estar presente legalmente en los Estados Unidos. Adquirí esta condición el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Me vi afectado por una emergencia climática o un desastre grave declarado por la Agencia Federal de Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés). Una de las otras afirmaciones incluidas aquí se aplicaba a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o si no está seguro, comuníquese con el Plan de medicamentos con receta de Medicare de Cigna al 1-800-735-1459 para ver si reúne los requisitos para inscribirse. Atendemos de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los siete días de la semana. Puede que nuestro sistema telefónico automático conteste sus llamadas durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de sept.

**Lea y firme a continuación:**

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

El Plan de medicamentos con receta de Medicare de Cigna es un plan de medicamentos de Medicare y tiene un contrato con el Gobierno Federal. Entiendo que esta cobertura de medicamentos con receta es adicional a mi cobertura en virtud de Medicare; por lo tanto, deberé conservar mi cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare. Es mi responsabilidad informarle al Plan de medicamentos con receta de Medicare de Cigna sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o pueda obtener en el futuro. Solo podré participar en un plan de medicamentos con receta de Medicare a la vez. Si en este momento estoy inscrito en un Plan de medicamentos con receta de Medicare, mi inscripción en el Plan de medicamentos con receta de Medicare de Cigna pondrá fin a esa inscripción. La inscripción en este plan generalmente dura todo el año. Una vez que me inscriba, podré abandonar este plan o hacer cambios si hay un período de inscripción disponible, generalmente durante el Período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre), a menos que reúna los requisitos para determinadas circunstancias especiales.

El Plan de medicamentos con receta de Medicare de Cigna presta servicios a un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área donde presta servicios el Plan de medicamentos con receta de Medicare de Cigna, deberé notificar al plan para que se pueda cancelar mi inscripción y pueda encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Entiendo que debo usar farmacias de la red, salvo si tengo una emergencia que me impide razonablemente usar farmacias de la red del Plan de medicamentos con receta de Medicare de Cigna. Una vez que sea miembro del Plan de medicamentos con receta de Medicare de Cigna, tendré derecho a apelar las decisiones del plan sobre el pago o los servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento titulado Evidencia de cobertura del Plan de medicamentos con receta de Medicare de Cigna cuando lo reciba, a fin de saber qué reglas debo seguir para obtener cobertura.

Entiendo que si abandono este plan y no tengo u obtengo otra cobertura de medicamentos con receta de Medicare o una cobertura acreditable de medicamentos con receta (tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía además de mi prima por la cobertura de medicamentos con receta de Medicare en el futuro.

Comprendo que si recibo la asistencia de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por el Plan de medicamentos con receta de Medicare de Cigna, es posible que se le pague por mi inscripción en el Plan de medicamentos con receta de Medicare de Cigna.

Es posible que haya servicios de asesoría disponibles en mi estado para brindar asesoramiento sobre el seguro complementario de Medicare u otras opciones de planes de medicamentos con receta o Medicare Advantage, asistencia médica a través del programa estatal de Medicaid y el Programa de ahorros de Medicare.

**Divulgación de información:**

Al inscribirme en este plan de medicamentos con receta de Medicare, reconozco que el Plan de medicamentos con receta de Medicare de Cigna divulgará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para fines relacionados con tratamientos, pagos u operaciones de cuidado de la salud. También reconozco que el Plan de medicamentos con receta de Medicare de Cigna divulgará mi información, incluidos mis datos sobre eventos relacionados con medicamentos con receta, a Medicare, quien podrá divulgarla con fines de investigación y otros fines que cumplan con todas las leyes y reglamentaciones federales aplicables. La información incluida en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que si intencionalmente brindo información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud indica que he leído y comprendo su contenido. Si firma una persona autorizada (según se describe arriba), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada a completar esta inscripción en virtud de las leyes estatales, y 2) la documentación donde consta esta facultad está disponible a pedido de Medicare.

<b>Firma:</b>	<b>Fecha de hoy:</b>
---------------	----------------------

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

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

**Dirección:** \_\_\_\_\_

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

**Parentesco con el miembro:** \_\_\_\_\_

## Para uso del Plan de medicamentos con receta de Medicare únicamente:

N.º de identificación del Plan: \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigor de la cobertura: \_\_\_\_\_

IEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_

SEP (tipo): \_\_\_\_\_

Nombre del representante/agente/corredor del Plan: \_\_\_\_\_

## Para uso del vendedor únicamente:

La persona que está analizando las opciones de planes con usted está empleada o contratada directa o indirectamente por Cigna. Es posible que esta persona reciba una compensación si usted se inscribe en un plan.

Apellido del vendedor: \_\_\_\_\_ Nombre del vendedor: \_\_\_\_\_

N.º de ID del agente de Cigna: \_\_\_\_\_ Número de licencia del vendedor\*: \_\_\_\_\_

Agencia del vendedor: \_\_\_\_\_

El vendedor debe indicar cómo se completó la inscripción:

Reunión en persona     Presentación espontánea     Evento de ventas     Por correo     Por teléfono

Firma del vendedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono del vendedor: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo electrónico del vendedor: \_\_\_\_\_

**El vendedor debe completar la información de fecha de entrada en vigor, IEP, AEP o SEP más arriba.**

\* Número de licencia en el estado donde se vendió la póliza.

## Envío del Formulario de inscripción:

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

O por correo a: Cigna Medicare Prescription Drug Plan  
P.O. Box 269005  
Weston, FL 33326-9927



Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Cigna complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age disability or sex. Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge are available to you. Call 1-800-222-6700 (TTY 711). Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-222-6700 (TTY 711). Chinese: 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-222-6700 (TTY 711). La inscripción en Cigna depende de la renovación de contrato. El Plan de medicamentos con receta de Medicare de Cigna es un Plan de medicamentos recetados de Medicare (PDP) con contrato con Medicare.

917954SP a 08/19 © 2019 Cigna. Parte del contenido se suministra bajo licencia.



## Servicios de interpretación multilingüe

**English – ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge are available to you. Call **1-800-222-6700** (TTY 711).

**Spanish – ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-222-6700** (TTY 711).

**Chinese – 注意：**如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-222-6700** (TTY 711)。

**Tiếng Việt (Vietnamese) – CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-222-6700** (TTY: 711).

**French Creole – ATANSYON:** Si w pale Kreyol Ayisyen, gen sevis ed pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-222-6700** (TTY: 711).

**Korean – 주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-222-6700** (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

**Polish – UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-800-222-6700** (TTY: 711).

**French – ATTENTION :** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-222-6700** (ATS : 711).

**Arabic - ملحوظة:** إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-222-6700** (رقم هاتف الصم والبكم 711).

**Russian – ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-222-6700** (телетайп: 711).

**Tagalog – PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-222-6700** (TTY: 711).

**Farsi/Persian - توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-222-6700** (TTY:711) تماس بگیرید.

**German – ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-222-6700** (TTY: 711).

**Portuguese – ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-222-6700** (TTY: 711).

**Italian – ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-222-6700** (TTY: 711).

**Japanese – 注意事項：**日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-800-222-6700** (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

**Navajo – Díí baa akó nínizin:** Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánida'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kóji' hódíilnih **1-800-222-6700** (TTY 711).

**Gujarati – સુચના:** જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નન:શુ ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલ ધ છે. ફોન કરો **1-800-222-6700** (TTY: 711).

**Urdu** خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال **1-800-222-6700** (TTY: 711) ک