

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE (PARTE D)

¿Quiénes pueden usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare y desean afiliarse a un Plan de medicamentos con receta de Medicare

Para afiliarse a un plan, usted debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o encontrarse presente legalmente en ese país
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para afiliarse a un Plan de medicamentos con receta de Medicare, usted también debe tener alguno de los siguientes seguros, o ambos:

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede afiliarse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para tener cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de tener Medicare por primera vez
- En determinadas situaciones en las que está permitido afiliarse a un plan o cambiar de plan

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número impreso en la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

Recordatorios:

- Si desea afiliarse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Le enviaremos una factura por la prima del plan. Puede suscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o la Junta de Jubilación Ferroviaria).

¿Qué sucederá después?

Envíe su formulario completado y firmado a:

Cigna Medicare Prescription Drug Plans
P.O. Box 269005
Weston, FL 33326-9927

O por fax a este número del PDP: **1-800-735-1469**

Una vez que procesemos su solicitud para afiliarse, nos pondremos en contacto con usted.

¿Cómo puedo recibir ayuda con este formulario?

Llame a Cigna al 1-800-735-1459. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a Cigna al 1-800-735-1459/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Sección 1: Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Para inscribirse en el Plan de medicamentos con receta de Medicare de Cigna, proporcione la siguiente información:

Marque el plan en el que desea inscribirse:	<input type="checkbox"/> Cigna Secure Rx (PDP) <input type="checkbox"/> Cigna Secure-Essential Rx (PDP)	<input type="checkbox"/> Cigna Secure-Extra Rx (PDP)
APELLIDO:	PRIMER nombre:	Inicial del 2.º nombre: <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.

Fecha de nacimiento: (____/____/____) (M M / D D / A A A A)	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 (opcional): Número de teléfono: Relación con usted:

Su dirección de correo electrónico (opcional):

Proporcione la información sobre su seguro de Medicare:

Número de Medicare _____

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de la de Cigna Medicare Prescription Drug Plan?
 Sí No

Nombre de la otra cobertura:	Número de miembro para esta cobertura:	Número de grupo para esta cobertura:
_____	_____	_____

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar la Parte A o la Parte B para quedarme en Cigna Medicare Prescription Drug Plan.
- Al afiliarme a este Plan de medicamentos con receta (PDP, por sus siglas en inglés) de Medicare, reconozco que Cigna divulgará mi información a Medicare, que puede usarla para hacer un seguimiento de la inscripción de beneficiarios, para fines de pago y para otros fines que cumplan con las leyes federales aplicables que autoricen la recopilación de esta información (consulte la Declaración sobre la Ley de Privacidad a continuación).
- Responder a este formulario es voluntario. No obstante, si no responde, su inscripción en el plan puede verse afectada.
- 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.
- Entiendo que las personas que tienen Medicare por lo general no están cubiertas por Medicare mientras se encuentran fuera del país, a excepción de la cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación (viene de la página anterior):

- 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.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud indica que he leído y comprendo su contenido. Si firma un representante autorizado (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.

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 miembro _____

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) _____.

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 (viene de la página anterior)

- 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) _____.
- 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 (TTY 711) para ver si reúne los requisitos para inscribirse. Atendemos de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este, los 7 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 septiembre.

Sección 2: Todos los campos que siguen son opcionales

Usted decide si quiere responder a estas preguntas. No se le puede negar la cobertura por no responderlas.

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 del Este, los 7 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 septiembre.

Cómo pagar la prima de su plan:

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.

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: _____

Cómo pagar la prima de su plan (viene de la página anterior):

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/PartDPremiumPayment para conocer las opciones de pago en línea y los detalles.

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

N.º de ID 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.

DECLARACIÓN SOBRE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en planes Medicare Advantage (MA) o Planes de medicamentos con receta (PDP), mejorar la atención y para el pago de beneficios de Medicare. Los artículos 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y los artículos 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR, por sus siglas en inglés) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS podrán usar, divulgar e intercambiar datos sobre la inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en la Notificación del Sistema de Registros (SORN, por sus siglas en inglés) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)" (Medicamentos con receta de Medicare Advantage MARx), Sistema N.º 09-70-0588. Responder a este formulario es voluntario. No obstante, si no responde, su inscripción en el plan puede verse afectada.

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: ATENCIÓN: 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.

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