



Brandman
HEALTH PLAN



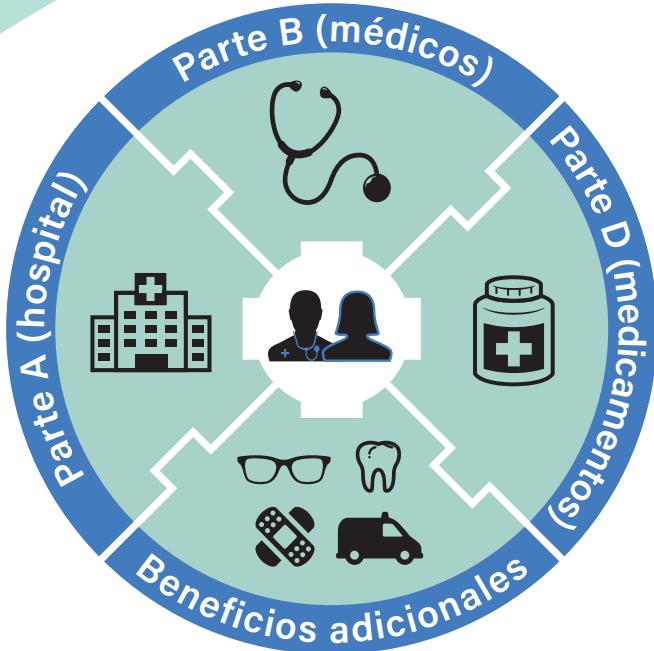
RESUMEN DE BENEFICIOS DE 2021

**CALIFORNIA:
Condado de Los Angeles**

Brandman Health Plan Aspire-D (HMO C-SNP)

H7594_20BHP_AspireDSB2021_M File & Use 10/06/2020

Cobertura de salud: todo en uno



La atención que necesita. El valor que espera.

Los problemas complejos de salud como los suyos pueden crear muchos desafíos. Acceder a la atención médica que necesita no debería ser uno de ellos. Es, por eso, que Brandman Health Plan (HMO SNP) diseñó un plan Medicare Advantage solo para personas con enfermedades cardíacas y diabetes. ¡Conozca Aspire-D (HMO C-SNP), el nuevo plan de salud de Brandman que facilita el acceso a la atención que necesita! Es una solución **TODO EN UNO** para su cobertura de atención médica, ya que combina tres tipos de cobertura de Medicare en un solo plan: Parte A (hospital), Parte B (médicos) y Parte D (medicamentos). Además, le brinda beneficios adicionales que Medicare Original no ofrece, a saber:

- ✓ \$0 Servicios dentales
- ✓ \$0 Servicios de la vista (hasta un valor de \$250)
- ✓ \$0 Servicios auditivos (hasta un valor de \$1,000)

Ahorre en insulina con nuestro Programa de Ahorros para Adultos Mayores

Si usted tiene diabetes controlada con insulina, consulte nuestro Programa de Ahorros para Adultos Mayores. Es una manera fácil de ahorrar y recibir su receta con una vigencia de 90 días.

¿Califico?

Para afiliarse al plan Brandman Health Plan AspireD (HMO C-SNP), usted debe:

- Ser diagnosticado con trastorno cardiovascular, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes
- Contar con Medicare Partes A y B
- Vivir en el condado de Los Angeles
- Ser ciudadano estadounidense o estar legalmente en el país

Si tiene alguna pregunta o desea conocer algo más, comuníquese hoy mismo con nuestro Servicio de Atención al Cliente.

Primas y beneficios	Detalles de cobertura	Lo que debe saber
Prima mensual del plan	Usted paga \$31.50 por la prima de la Parte D.	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducibles	Este plan no cuenta con deducibles para la Parte C.	Se aplica a servicios que obtiene dentro o fuera de la red.
Responsabilidad máxima de desembolso personal (no incluye medicamentos recetados)	Su límite anual en este plan es de \$7,550 para los servicios de la Parte C.	Lo máximo que paga en concepto de copagos, coseguro y otros costos por servicios médicos durante el año.
Pacientes internados Cobertura	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usted paga \$0 por día entre los días 1 - 60. ▪ Usted paga \$352 por día entre los días 61 - 90. ▪ Nuestro plan ofrece un máximo de 60 días de reserva de por vida. \$704 de copago por día entre los días 1 - 60. ▪ Estos son los valores vigentes al 2020, pero podrían cambiar para 2021. El plan le informará una vez que Medicare anuncie estos montos para 2021. 	Se necesitan derivación y autorización.
Pacientes ambulatorios Cobertura	Usted paga el 20% del costo total.	Incluye los servicios recibidos en un centro quirúrgico u hospital destinados a pacientes ambulatorios. Se necesitan derivación y autorización.
Visitas médicas	Usted paga el 20% del costo total por cada visita a su médico de cabecera o especialista. Las hay disponibles en persona o por tele salud.	Para visitar un especialista, se necesitan derivación y autorización.
Cuidado preventivo	Usted paga \$0.	Se necesita autorización previa.
Atención de emergencias	Usted paga el 20% del costo total.	
Servicios de urgencia	Usted paga \$0.	
Servicios de diagnóstico/ Análisis de laboratorio/ Imágenes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios de radiología diagnóstica (por ej., IRM) ▪ Servicios de análisis de laboratorio ▪ Pruebas de diagnóstico y procedimientos ▪ Radiografías para pacientes 	Usted paga el 20% del costo total.	Se necesitan derivación y autorización previa.

Primas y beneficios	Detalles de cobertura	Lo que debe saber
Exámenes auditivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicare-covered Diagnostic exams: Usted paga 20%. ▪ Routine hearing exam: Usted paga \$0. ▪ Hearing aid allowance: Usted paga \$0. The plan covers up to \$1,000 per calendar year. 	El plan cubre hasta \$1,000 por año calendario. La asignación de audífonos es para ambos oídos combinados.
Servicios dentales <ul style="list-style-type: none">▪ Examen y limpieza (cada 6 meses)▪ Servicios dentales integrales (por ejemplo, empastes y prótesis)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicare-covered Dental services: Usted paga \$0. ▪ Preventive dental services: Usted paga 20% ▪ Comprehensive dental services: Usted paga \$0 	El plan cubre hasta \$750 por año calendario en concepto de servicios dentales.
Servicios de la vista <ul style="list-style-type: none">▪ Exámenes (una vez por año)▪ Anteojos o lentes de contacto (una vez cada dos años)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicare-covered Vision services: Usted paga \$0. ▪ Usted paga \$0 for routine eye exams. ▪ Usted paga \$0 for either:<ul style="list-style-type: none">▪ One pair of eyeglasses (lenses and frames)▪ One pair of contact lenses 	El plan cubre hasta \$250 cada dos años para lentes y marcos o lentes de contacto.
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none">▪ Visita a pacientes internados▪ Visita de terapia ambulatoria (grupal o individual)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inpatient Visit:<ul style="list-style-type: none">▪ Usted paga \$0 per day for days 1-60.▪ Usted paga \$329 per day for days 61 - 90.▪ Our plan provides a maximum of 60 Lifetime Reserve days. Usted paga a \$704 copay per day for days 1 – 60. This is the amount for 2020 and may change in 2021. The plan will let you know once Medicare announces these amounts for 2021. ▪ Outpatient services:<ul style="list-style-type: none">▪ Usted paga 20% of the total cost. 	Se necesitan derivación y autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener más información.
Establecimientos de enfermería especializada (SNF)	We cover up to 100 days in a SNF per benefit period: <ul style="list-style-type: none">▪ Usted paga \$0 per day for days 1 – 20.▪ Usted paga \$176 per day for days 21 – 100.▪ These are the amounts for 2020 and may change in 2021. The plan will let you know once Medicare announces these amounts for 2021.	Se necesitan derivación y autorización previa.
Terapia física	Usted paga 20% of the cost.	Se necesitan derivación y autorización previa.
Servicio de ambulancia	Usted paga 20% of the cost for each trip by ground or air.	Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia.
Transporte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usted paga \$0 for 24 one-way trips by van to covered medical appointments each year. ▪ Rides must be scheduled through the plan. 	Se necesitan derivación y autorización previa.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usted paga 20% of the cost. 	Se requiere autorización previa.

Medicamentos recetados (Parte D)

Deducible de la Parte D: \$445 Después del deducible, el costo compartido es:	En farmacia o pedido por correo - suministro para 30 días	En farmacia o pedido por correo - suministro para 90 días	Asistencia a largo plazo suministro para 31 días
Nivel 1: Genéricos preferidos (no se aplican deducibles)	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	Usted paga 25%	Usted paga 25%	Usted paga 25%
Nivel 3: Marca preferida	Usted paga 25%	Usted paga 25%	Usted paga 25%
Nivel 4: No preferido	Usted paga 25%	Usted paga 25%	Usted paga 25%
Nivel 5: Nivel de especialidad	Usted paga 25%	Not available	Usted paga 25%
Nivel 6: Seleccione el tipo de atención (no se aplican deducibles)	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0

- Usted paga estos montos hasta que el costo total anual de los medicamentos alcanza los \$4,130.**
- Etapa de interrupción en la cobertura:** Despues de que los costos anuales que paga de su bolsillo por los medicamentos en la Parte D del plan alcancen los \$4,130, usted debe pagar el 25% del costo de sus medicamentos junto con un porcentaje del cargo por despacho
- Etapa de cobertura catastrófica:** Despues de que los costos anuales que paga de su bolsillo por los medicamentos alcancen los \$6,550, usted paga el aporte mayor de \$3.70 por los medicamentos genéricos y aquellos preferidos de múltiples fuentes y de \$9.20 por todos los demás medicamentos, o sea el 5%

Beneficios adicionales

Primas y beneficios	Detalles de cobertura	Lo que debe saber
Acupuntura	Usted paga \$10 por tratamiento hasta un total de 12 tratamientos de rutina por año.	Se necesitan derivación y autorización previa.
Salud y bienestar	Usted paga \$0 por la membresía a una red de gimnasios y centros de ejercitación.	Programas de entrenamiento y acondicionamiento físico para hacer ejercicios en casa.
Evaluación de seguridad en el hogar	Usted paga \$0 por una evaluación de seguridad en el hogar por año.	Se necesita derivación y autorización previa.
Entrega de comida a domicilio	Disponible hasta: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 5 días posteriores a la hospitalización ▪ 14 días para afiliados en cuarentena 	Se brindan hasta 3 comidas por días.
Medicamentos de venta sin receta (OTC)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asignación de \$100 por semestre 	Seleccione una variedad de artículos de nuestro catálogo OTC.



Lo que debe saber

Los costos compartidos pueden variar dependiendo de la farmacia que elija y de la fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información, llámenos o a su Evidencia de Cobertura (EOC) en línea. Visite www.brandmanhealthplan.com para encontrar:

- El directorio de profesionales y farmacias
- El formulario (listado de medicamentos cubiertos)
- La EOC - una lista completa de beneficios



Servicio de Atención al Cliente:

1-888-697-5662 / TTY 711

Horario:

1 de octubre - 31 de marzo: 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana

1 de abril - 30 de septiembre: 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes

Si desea obtener más información sobre la cobertura y costos de Medicare Original, consulte su manual "Medicare y usted" (Medicare & You) actual o consulte en línea en www.medicare.gov. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame al 1-888-697-5662 o al 711, en caso de ser usuario de TTY. Los proveedores fuera de la red o no contratados no están obligados a tratar con los afiliados de Brandman Health Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio de Atención al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, como el costo compartido que aplica a los servicios externos a la red.

Brandman Health Plan Aspire-D es un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) y para necesidades especiales (SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción al Brandman Health Plan (HMO SNP) depende de la renovación del contrato. Nuestro plan (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-697-5662 (TTY 711).





Gracias por tener en cuenta a Brandman Health Plan. La elección de un plan conveniente con beneficios adecuados es una decisión importante que demanda una gran reflexión y consideración. A medida que maduramos, nuestras necesidades de salud y bienestar cambian. Brandman Health Plan está aquí para ayudarlo. Brindamos beneficios y servicios a personas elegibles para Medicare que padezcan cualquiera de las siguientes afecciones crónicas:

- Diabetes
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Trastornos cardiovasculares (presión arterial elevada, antecedentes de accidente cerebrovascular o enfermedad coronaria).
- Demencia

El equipo de Brandman Health Plan se siente comprometido a asistirle. Nos apasiona asegurarnos que reciba el cuidado y los servicios que usted merece.

Le recomendamos que revise el Resumen de Beneficios, ya que brinda información detallada sobre los planes que ofrecemos. Si desea información adicional o tiene alguna pregunta sobre cómo llenar la ficha de afiliación o elegir un médico, llámenos.

Esperamos poder asistirle en el 2021.

Saludos cordiales,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Stephen Martinez, Ph.D.", is placed over a thin horizontal line.

Stephen Martinez, Ph.D.
Director General



Formulario de confirmación del alcance de la cita

Antes de reunirse con un beneficiario de Medicare (o su representante), Medicare necesita que los agentes autorizados utilicen este formulario para asegurarse de que su cita se centre únicamente en el tipo de plan y productos que le interesan. Se debe utilizar un formulario por separado para cada beneficiario de Medicare. **Marque el tipo de producto sobre el que quiere consultar con el agente autorizado.**

Planes Medicare Advantage (Parte C)

Organización para el Mantenimiento de la Salud Medicare (HMO): un plan Medicare Advantage que ofrece toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Original Medicare y que, a veces, cubre los medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de los HMO, usted solo puede recibir atención de doctores u hospitales que se encuentran en la red del plan (excepto en emergencias).

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un agente autorizado para conversar sobre Medicare Advantage Plans en su región. Tenga en cuenta que la persona con quien conversará sobre el producto **no trabaja** directamente para Medicare o para el gobierno federal.

Firmar este formulario no lo obliga a inscribirse en un plan, **no afecta** su inscripción actual o futura ni lo inscribe en un plan de Medicare. Toda la información brindada en este formulario es confidencial. Brandman Health Plan es un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) y para necesidades especiales (SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción al Brandman Health Plan (HMO SNP) depende de la renovación del contrato.

Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha de la firma:

Firma:

Fecha de la firma:

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete la información a continuación en letra de imprenta clara y legible:

Nombre del representante autorizado:

Su relación con el beneficiario:

Para ser completado por el representante o agente autorizado (en letra de imprenta clara y legible):

Nombre y apellido del representante	Número de teléfono del representante	Número de documento del representante (ID)
Nombre y apellido del beneficiario	Número de teléfono del beneficiario (opcional)	Fecha de la cita (obligatorio)
Dirección del beneficiario (opcional)		
Método inicial de contacto	Firma del agente:	



Certificación de elegibilidad para un período de inscripción

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage únicamente durante el período de inscripción anual, desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Sin embargo, existen excepciones que posiblemente le permitan inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de dicho período.

Lea cuidadosamente los siguientes enunciados y marque la casilla si este se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscripto en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage ((MA OEP)).
- Me mudé recientemente fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (indique la fecha) _____.
- Me liberaron recientemente de la cárcel. Me liberaron el (indique la fecha) _____.
- Regresé recientemente a Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera del país. Regresé a Estados Unidos el (indique la fecha) _____.
- Recientemente obtuve el estado de presencia legal en Estados Unidos. Obtuve este estado el (indique la fecha) _____.
- Recientemente hubo un cambio con respecto a mi cobertura de Medicaid (obtuve recientemente Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (indique la fecha) _____.
- Recientemente hubo un cambio en la ayuda adicional que recibo para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (obtuve recientemente ayuda adicional, hubo un cambio en el nivel de ayuda adicional o perdí la ayuda adicional) el (inserte la fecha) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o

recibo Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no ha habido un cambio.

- Me mudo a vivir, o vivo, o recientemente me fui de una institución de cuidados prolongados (por ejemplo, de un geriátrico o de una institución como la mencionada). Me mudé/ me mudo/ me fui del centro el (indique la fecha) _____.
- Recientemente dejé un programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE) el (indique la fecha) _____.
- Recientemente perdí mi cobertura de medicamentos con receta acreditable de forma involuntaria (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (indique la fecha) _____.
- Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (indique la fecha) _____.
- Participo de un programa de asistencia farmacéutica que ofrece mi Estado.
- El contrato de mi plan con Medicare está finalizando; o bien, Medicare está finalizando su contrato con mi plan.
- Estuve inscripto en un plan ofrecido por Medicare (o por mi Estado) y deseo elegir otro plan. Mi inscripción en dicho plan comenzó el (indique la fecha) _____.
- Estuve inscripto en un plan de necesidades especiales (SNP), pero ya no reúno los requisitos de necesidades especiales que se exigen para estar en ese plan. Mi inscripción en el SNP se canceló el (indique la fecha) _____.
- Me vi afectado por una emergencia climática o un desastre grave, declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA). Uno de los otros enunciados se aplicaba a mi caso, pero no puedo inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguno de estos enunciados se aplica a su caso, o no lo sabe con certeza, comuníquese con Brandman Health Plan al 1-888-697-5662 (o al 711 en caso de ser usuarios de TTY) para determinar si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana desde el 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes desde el 1 de abril al 30 de septiembre.

Brandman Health Plan es un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) y para necesidades especiales (SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción al Brandman Health Plan (HMO SNP) depende de la renovación del contrato.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-697-5662 (TTY: 711).



Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que entienda totalmente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicios al cliente al 1-888-697-5662.

Cómo entender los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que aparece en la Evidencia de Cobertura (EOC); en especial, aquellos servicios para los que habitualmente consulta a un médico. Visite el sitio web www.brandmanhealthplan.com o llame al número 1-888-697-5662 para ver una copia de la EOC.
- Revise (o pídale a un médico que revise) el directorio de proveedores para asegurarse de que los médicos a los que consulta se encuentren actualmente dentro de la red.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para los medicamentos recetados se encuentre dentro de la red. Si la farmacia no se encuentra en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para sus medicamentos.

Cómo entender las reglas importantes

- Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- Los beneficios, las primas, y/o los copagos/coseguros pueden cambiar a partir del 1 de enero de 2022.
- Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, no cubrimos los servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no se encuentran en el directorio de proveedores).
- Este es un plan que cubre a personas con necesidades especiales que padecen afecciones crónicas (C-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted tiene una afección crónica grave o incapacitante específica que califica para el plan.

Brandman Health Plan es un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) y para necesidades especiales (SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción al Brandman Health Plan (HMO SNP) depende de la renovación del contrato.



**Brandman
HEALTH PLAN**

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieren inscribirse en un plan de Medicare Advantage

Para unirse a un plan, usted debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano estadounidense o estar legalmente en el país.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: para inscribirse en un plan de Medicare Advantage, también debe tener ambas partes:

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

¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en 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 tres meses de haber obtenido Medicare
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse en un plan o cambiarlo.

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 de su 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 puede denegar la cobertura por no haberlos completado.

Recordatorios:

- Si decide inscribirse en un plan sobre 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.
- Su plan le enviará una factura por la prima correspondiente. Puede elegir que los pagos de esta se debiten de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completado y firmado a la siguiente dirección:

Brandman Health Plan Aspire-D (HMO C-SNP)
Apartado Postal 17960
Encino, CA 91416

Una vez que se procese su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Brandman Health Plan Aspire-D (HMO C-SNP) al 1-888-697-5662. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

O bien, llame 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 Brandman Health Plan Aspire-D (HMO C-SNP) al 1-888-697-5662/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)**Elija el plan al que quiere inscribirse:** Brandman Health Plan Aspire-D (HMO C-SNP) 004 – \$31.50 por mes

PRIMER NOMBRE:

APELLIDO:

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:

Fecha de nacimiento:
(DD/MM/AAAA)
(____ / ____ / ____)Sexo:
 Masculino
 FemeninoNúmero de teléfono:
(____)

Dirección de domicilio permanente (no escriba un apartado postal):

Ciudad:

Condado:

Estado:

Código postal:

Dirección postal, si es diferente a la de su dirección permanente (se permite el apartado postal):

Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

Información de Medicare:**Número de Medicare:** _____**Responda estas preguntas importantes:**

¿Tiene alguna otra cobertura para medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de Brandman

Health Plan Aspire-D (HMO C-SNP)? Sí No Nombre de la otra cobertura: _____

Número de afiliado para esta cobertura: _____ Número de grupo para esta cobertura: _____

¿Alguna vez le diagnosticaron trastorno cardiovascular, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes?

 Sí No**IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:**

- Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la médica (Parte B) para permanecer en Brandman Health Plan Aspire-D (HMO C-SNP)
- Al inscribirme en este plan de Medicare Advantage, reconozco que Brandman Health Plan Aspire-D (HMO C-SNP) compartirá mi información con Medicare, que podrá utilizarla para dar seguimiento a mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Su respuesta a este plan es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si intencionalmente brindo información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas que tienen Medicare no suelen estar cubiertas por el plan cuando se encuentran fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de Estados Unidos.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Brandman Health Plan Aspire-D (HMO C-SNP), debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Brandman Health Plan Aspire-D (HMO C-SNP). Estarán cubiertos los beneficios y los servicios que presta Brandman Health Plan Aspire-D (HMO C-SNP) y los incluidos en la “Evidencia de Cobertura” de mi plan Brandman Health Plan Aspire-D (HMO C-SNP). Ni Medicare ni Brandman Health Plan Aspire-D (HMO C-SNP) pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente a actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo su contenido. Si firma un representante autorizado (como se menciona arriba), esta firma certifica lo siguiente:
 - 1) Dicha persona está autorizada conforme a las leyes del Estado para completar esta inscripción y
 - 2) Toda documentación de esta autorización está disponible a solicitud por parte de Medicare.

Firma:**Fecha de hoy:**

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre:	Dirección:
Número de teléfono:	Relación con el inscripto:

Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales

Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede denegar la cobertura por no haberlas completado.

Marque un casillero si desea que le envíemos información en un idioma que no sea inglés.

Español

Marque un casillero si desea que le envíemos información en un formato accesible.

Braille Letra grande CD de audio

Comuníquese con Brandman Health Plan Aspire-D (HMO C-SNP) al 1-888-697-5662 si necesita información en un formato accesible que no se haya mencionado arriba. Desde el 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m.; o bien, desde el 1 de abril al 30 de septiembre, puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja? Sí No

¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Escriba el nombre de su médico de cabecera (PCP), clínica o centro de salud:

Quisiera que me envíen los siguientes materiales por correo electrónico. Elija uno o más de uno:

Información sobre los beneficios de los planes Directorios de profesionales y farmacias Todas las novedades del plan

Correo electrónico:

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar el seguimiento de inscripción del beneficiario en Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y efectuar el pago de los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguro Social y las Secciones 422.50 y 422.60 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripciones de los beneficiarios de Medicare, tal como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) “Medicare Advantage con medicamentos recetados (MARx)”, Sistema N.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Brandman Health Plan Aspire-D es un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) y para necesidades especiales (SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción al Brandman Health Plan (HMO SNP) depende de la renovación del contrato.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-697-5662 (TTY: 711).

Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)**Elija el plan al que quiere inscribirse:** Brandman Health Plan Aspire-D (HMO C-SNP) 004 – \$31.50 por mes

PRIMER NOMBRE:

APELLIDO:

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:

Fecha de nacimiento:
(DD/MM/AAAA)
(____ / ____ / ____)Sexo:
 Masculino
 FemeninoNúmero de teléfono:
(____)

Dirección de domicilio permanente (no escriba un apartado postal):

Ciudad:

Condado:

Estado:

Código postal:

Dirección postal, si es diferente a la de su dirección permanente (se permite el apartado postal):

Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

Información de Medicare:**Número de Medicare:** _____**Responda estas preguntas importantes:**

¿Tiene alguna otra cobertura para medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de Brandman

Health Plan Aspire-D (HMO C-SNP)? Sí No Nombre de la otra cobertura: _____

Número de afiliado para esta cobertura: _____ Número de grupo para esta cobertura: _____

¿Alguna vez le diagnosticaron trastorno cardiovascular, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes?

 Sí No**IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:**

- Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la médica (Parte B) para permanecer en Brandman Health Plan Aspire-D (HMO C-SNP)
- Al inscribirme en este plan de Medicare Advantage, reconozco que Brandman Health Plan Aspire-D (HMO C-SNP) compartirá mi información con Medicare, que podrá utilizarla para dar seguimiento a mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Su respuesta a este plan es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si intencionalmente brindo información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas que tienen Medicare no suelen estar cubiertas por el plan cuando se encuentran fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de Estados Unidos.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Brandman Health Plan Aspire-D (HMO C-SNP), debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Brandman Health Plan Aspire-D (HMO C-SNP). Estarán cubiertos los beneficios y los servicios que presta Brandman Health Plan Aspire-D (HMO C-SNP) y los incluidos en la “Evidencia de Cobertura” de mi plan Brandman Health Plan Aspire-D (HMO C-SNP). Ni Medicare ni Brandman Health Plan Aspire-D (HMO C-SNP) pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente a actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo su contenido. Si firma un representante autorizado (como se menciona arriba), esta firma certifica lo siguiente:
 - 1) Dicha persona está autorizada conforme a las leyes del Estado para completar esta inscripción y
 - 2) Toda documentación de esta autorización está disponible a solicitud por parte de Medicare.

Firma:**Fecha de hoy:**

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre:	Dirección:
Número de teléfono:	Relación con el inscripto:

Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales

Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede denegar la cobertura por no haberlas completado.

Marque un casillero si desea que le envíemos información en un idioma que no sea inglés.

Español

Marque un casillero si desea que le envíemos información en un formato accesible.

Braille Letra grande CD de audio

Comuníquese con Brandman Health Plan Aspire-D (HMO C-SNP) al 1-888-697-5662 si necesita información en un formato accesible que no se haya mencionado arriba. Desde el 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m.; o bien, desde el 1 de abril al 30 de septiembre, puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja? Sí No

¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Escriba el nombre de su médico de cabecera (PCP), clínica o centro de salud:

Quisiera que me envíen los siguientes materiales por correo electrónico. Elija uno o más de uno:

Información sobre los beneficios de los planes Directorios de profesionales y farmacias Todas las novedades del plan

Correo electrónico:

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar el seguimiento de inscripción del beneficiario en Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y efectuar el pago de los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguro Social y las Secciones 422.50 y 422.60 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripciones de los beneficiarios de Medicare, tal como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) “Medicare Advantage con medicamentos recetados (MARx)”, Sistema N.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Brandman Health Plan Aspire-D es un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) y para necesidades especiales (SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción al Brandman Health Plan (HMO SNP) depende de la renovación del contrato.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-697-5662 (TTY: 711).



www.brandmanhealthplan.com