

Formulario de Inscripción Voluntaria de Triple-S Optimo PSHB

Este formulario es para las personas que no están inscritas automáticamente en Triple-S Optimo PSHB, pero quieren inscribirse y cumplen con los requisitos de elegibilidad.

Instrucciones

Por favor, lea atentamente estas instrucciones antes de llenar el formulario de la página siguiente. Para completar el formulario, necesitará los siguientes elementos:

1. Su tarjeta de identificación de miembro de Medicare
2. Su tarjeta de identificación de miembro de Triple-S Salud

Una vez que tenga la información anterior, complete el formulario por completo. A continuación, lo envías a:

Triple-S Optimo PSHB
P.O. Box 3539
Scranton, PA 18505

Importante: Si hay varias personas en su hogar elegibles, cada una deberá enviar su propio formulario.

Preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llámenos sin cargo al 833.201.9256 (TTY: 1.866.215.1999) Lunes a Viernes: 7:30 a.m. a 8:00 p.m. (AST), sábado: 9:00 a.m. a 6:00 p.m. (AST), domingo: 11:00 a.m. a 5:00 p.m. (AST)

(Página siguiente)

S2135_TS PSHBENROLL_807

Triple-S Salud es un licenciataria independiente de BlueCross BlueShield Association. Los beneficios de medicamentos recetados de Medicare bajo el plan Triple-S Optimo PSHB son patrocinados por Blue Cross Blue Shield Association bajo su contrato de Medicare S2135

Nombre e información de contacto		
Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:
Fecha de Nacimiento:	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/>	
Dirección permanente en EE. UU. (no puede ser un apartado postal)		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de Teléfono:	Correo Electrónico (opcional):	
Dirección postal (si es diferente a la dirección permanente anterior)		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Información sobre el plan de salud		
Identificación de miembro de Medicare: <i>Obtenga este número de su tarjeta de identificación de Medicare.</i>		
Nombre del plan: Triple-S Optimo PSHB	Identificación de PBP: 807	
Identificación de miembro de Triple-S: <i>Obtenga esto de su tarjeta de identificación de miembro.</i>		
Reconocimiento		
<p>Entiendo que al inscribirme en Triple-S Optimo debo mantener mi cobertura de Medicare Parte A y/o B. También sé que esto significa que mi información se compartirá con Medicare, quien puede usarla para seguir 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 formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de responder puede afectar la inscripción en el plan.</p> <p>Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan de la Parte D a la vez, y que la inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan de la Parte D.</p> <p>La información en este formulario de inscripción es correcta a mi saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, seré desafiliado del plan. Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esta persona está autorizada bajo la ley estatal para completar esta inscripción, y 2. La documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare. 		
Firma:	La fecha de hoy:	
Representante autorizado (si corresponde, firme arriba y complete los campos a continuación)		
Nombre:	Número de teléfono:	
Dirección:	Relación con el Miembro:	

**Sección 2 – Todos los campos de esta sección son opcionales
No negaremos su cobertura si decide no responder a estas preguntas**

¿Eres de origen hispano, latino/a o español? Seleccione todas las que correspondan.

- No
- Sí, Mexicano, Mexicano Americano, Chicano/a
- Sí, Puertorriqueño
- Sí, Cubano
- Sí, Otro
- Prefiero No Contestar

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las que correspondan.

- Indio Americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Afroamericano
- Nativo de Hawái e Isleño del Pacífico
- Blanco
- Otro
- Prefiero no contestar

Solicitudes de material en un formato diferente

- Marque esta casilla si desea que se le envíen los materiales en Ingles
- Marque esta casilla si desea que se le envíen los materiales en letra grande