

## Formulario de Confirmación del Alcance de la Cita de Ventas

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid requieren que los agentes documenten el alcance de una cita de marketing antes de cualquier reunión de ventas presencial o telefónica a fin de asegurar la comprensión de lo que se discutirá entre el agente y el candidato de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y debe ser completada por cada persona con Medicare o su representante autorizado.

Coloque sus iniciales debajo en la casilla al lado del tipo de plan sobre el cual desea hablar con el agente.

<input type="checkbox"/>	Planes Medicare Advantage (Parte C)
Organización para el Mantenimiento de la Salud de Medicare (HMO): Un plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura de salud de la Parte A y Parte B de Medicare Original y algunas veces asume la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de los planes HMO, usted solamente puede obtener atención por parte de médicos u hospitales dentro de la red del plan (excepto en emergencias).	
Plan de Necesidades Especiales de Medicare (SNP): Un Plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de atención de salud. Algunos ejemplos de grupos específicos a los que se presta servicio incluyen personas que cuentan tanto con Medicare como Medicaid, personas que viven en un centro de convalecencia y personas que padecen ciertas enfermedades crónicas.	

Al firmar este formulario, usted accede a reunirse con un agente de ventas para discutir los tipos de productos que usted señaló anteriormente. Tenga en cuenta que la persona que le explicará los productos es un empleado o ha sido contratado por un plan de Medicare. Esta persona no trabaja directamente para el Gobierno Federal. Es posible que a esta persona se le pague en función a su inscripción en un plan.

Firmar este formulario NO le obliga a inscribirse en un plan, no afecta su inscripción actual ni le inscribe en un plan de Medicare.

Firma del Candidato: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Nombre del Representante Autorizado: \_\_\_\_\_

Su Relación con el Candidato: \_\_\_\_\_

To be completed by Agent:

Agent Name:	Agent Phone:
Candidate Name:	Candidate Phone:
Candidate Address: <i>(optional)</i>	
Initial Method of Contact: <i>(Indicate here if candidate was a walk-in)</i>	
Agent Signature:	Date Appt. Completed:

## Lista de Verificación de Inscripción Previa

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-866-255-4795, TTY 711.

### Comprensión de los Beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC), especialmente para los servicios de visita médica de rutina. Visite [www.bndhmo.com/members/plan-details](http://www.bndhmo.com/members/plan-details) o llame al 1-866-255-4795, TTY 711 para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos a los que visite estén en la red. Si no están incluidos, significa que probablemente deba seleccionar un médico nuevo.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para obtener sus medicamentos recetados esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, probablemente deba seleccionar una nueva farmacia para obtener sus medicamentos.

### Comprensión de las Reglas Importantes

- Además de su pago mensual del plan, debe continuar pagando su pago mensual de la Parte B de Medicare. Este pago mensual generalmente se descuenta de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- Los beneficios, los pagos mensuales o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2022.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no están incluidos en el directorio de proveedores).
- Este es un plan de necesidades especiales para condiciones crónicas (C-SNP). Su capacidad para inscribirse estará basada en la verificación de que usted tenga una condición crónica calificada grave o incapacitante específica.

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

### ¿Quién puede utilizar este formulario?

Las personas con Medicare que desean inscribirse en un Plan Medicare Advantage.

#### Para inscribirse en un plan, usted debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan.

**Importante:** Para inscribirse en un Plan Medicare Advantage, además usted debe tener ambos:

- Parte A (Seguro Hospitalario) de Medicare.
- Parte B (Seguro Médico) de Medicare.

### ¿Cuándo debo usar este formulario?

#### Usted puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura a partir del 1.º de enero).
- Dentro de los 3 meses de obtener Medicare por primera vez.
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse en un plan o cambiar de plan.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse en un plan.

### ¿Qué debo completar en este formulario?

- Su Número de Medicare (el número que figura en 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 en la Sección 2 son opcionales (no se le puede negar la cobertura por no llenarlos).

### Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta en 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 el pago mensual del plan. Puede elegir inscribirse para hacer que los pagos mensuales se descuenten de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual de Seguro Social (o Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

### ¿Qué sucede a continuación?

Envíe su formulario completado y firmado a:

Brand New Day  
ATTN: Enrollment Department  
PO Box 93122  
Long Beach, CA 90809

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

### ¿Cómo recibo ayuda con este formulario?

Llame a Brand New Day al 1-866-255-4795. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. El Departamento de Servicios para Miembros está disponible de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo.

O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**En español:** Llame a Brand New Day al 1-866-255-4795, TTY 711 (o a Medicare gratis al 1-800-633-4227, 24 horas al día/7 días a la semana) y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle. Brand New Day está disponible de lunes a viernes de 8 am a 8 pm y los 7 días de la semana de 8 am a 8 pm del 1 de octubre al 31 de marzo.

## Sección 1 – Todos los campos de esta página son obligatorios (salvo que estén marcados como opcionales)

**Fecha de Vigencia de Cobertura Propuesta:**

**Seleccione el plan al que desea unirse:**

**Brand New Day Classic Care I Plan  
(HMO) 25**

Condados de Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino y San Diego  
\$0 por mes

**Brand New Day Classic Care II Plan  
(HMO) 37**

Condados de Alameda, Fresno, Imperial, Kern, Kings, Los Angeles, Madera, Orange, Placer, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Stanislaus, Tulare y Yolo  
\$0 por mes

**Brand New Day Classic Care III Plan  
(HMO) 46**

Condados de Contra Costa, Santa Cruz y Solano  
\$60 por mes

**Brand New Day Part B Savings Plan  
(HMO) 49**

Condados de Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino y San Diego  
\$0 por mes

**Brand New Day Dual Access Plan  
(HMO D-SNP) 24**

Condados de Alameda, Contra Costa, Fresno, Imperial, Kern, Kings, Los Angeles, Madera, Orange, Placer, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Francisco, San Joaquin, Santa Cruz, Solano, Stanislaus, Tulare y Yolo  
\$0 por mes: su pago mensual puede ser mayor si no está recibiendo Ayuda Adicional.

**Brand New Day Classic Choice Plan  
(HMO) 33**

Condados de Fresno, Imperial, Kern, Kings, Los Angeles, Madera, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara y Tulare  
\$0 por mes

## Sección 1 – Todos los campos de esta página son obligatorios (salvo que estén marcados como opcionales)

Fecha de Vigencia de Cobertura Propuesta:

Seleccione el plan al que desea unirse:

### Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 39-1

- Condados de Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino y San Diego  
\$0 por mes

### Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 39-2

- Condados de Alameda, Fresno, Imperial, Kings, Madera, Placer, Sacramento, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Stanislaus, Tulare y Yolo  
\$0 por mes

### Brand New Day Embrace Care (HMO C-SNP) 47

- Condados de Contra Costa, Santa Cruz y Solano  
\$55 por mes

### Brand New Day Valor Care Plan (HMO) 48

- Condados de Fresno, Imperial, Kern, Kings, Los Angeles, Madera, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara y Tulare  
\$0 por mes

### Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 40-1

- Condados de Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino y San Diego  
\$0 por mes: su pago mensual puede ser mayor si no está recibiendo Ayuda Adicional.

### Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 40-2

- Condados de Alameda, Contra Costa, Fresno, Imperial, Kings, Madera, Placer, Sacramento, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Santa Cruz, Solano, Stanislaus, Tulare y Yolo  
\$0 por mes: su pago mensual puede ser mayor si no está recibiendo Ayuda Adicional.

## Información Acerca de Usted

**NOMBRE**

**APELLIDO**

**Inicial del Segundo Nombre (Opcional)**

**Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) Sexo**

**Masculino**

**Femenino**

**Número de Teléfono:**

**Número de Teléfono Alternativo: Celular**

Marque la casilla para autorizar a Brand New Day a enviarle por mensaje de texto información sobre el plan a su teléfono celular.

**Domicilio de Residencia Permanente (no escriba un apartado de correos) Condado (Opcional)**

**Ciudad**

**Estado**

**Código postal**

**Dirección Postal si es diferente de su Dirección de Residencia Permanente (no se permite apartado de correos)**

**Dirección**

**Ciudad**

**Estado**

**Código Postal**

**Nombre de Contacto en Caso de Emergencia (Opcional) Relación con Usted Número de Teléfono**

**Dirección de Correo Electrónico (opcional)**

Marque la casilla para autorizar a Brand New Day a comunicarse con usted acerca de su información de beneficios y de salud por correo electrónico.

## Su Información de Medicare

Utilice su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

- Complete esta información como aparece en su tarjeta de Medicare.  
-O-
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare):  
\_\_\_\_\_

Número de Medicare  
\_\_\_\_\_

**TIENE DERECHO A:**

**FECHA DE VIGENCIA:**

ATENCIÓN HOSPITALARIA (Parte A) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ATENCIÓN MÉDICA (Parte B) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

## Responda estas preguntas importantes:

1) ¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Brand New Day?  Sí  No

**Nombre de la Otra Cobertura**   **N.º de Id. para Esta Cobertura**   **N.º de Grupo Para Esta Cobertura**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

2) ¿Es usted residente en un centro de atención a largo plazo, como un centro de convalecencia? Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:  Sí  No

**Nombre de la Institución**

**Dirección y Número de Teléfono de la Institución (número y calle)**

3) ¿Está inscrito en el programa estatal de Medicaid (Medi-Cal)? En caso afirmativo, proporcione su número de Medicaid (Medi-Cal):  Sí  No

## Herramienta de Evaluación de Calificación de Preinscripción

Si se inscribe en uno de nuestros Planes de Necesidades Especiales (SNP), complete nuestra Herramienta de Evaluación de Calificación de Inscripción Previa.

### IMPORTANTE: Lea y firme abajo

- Debo mantener ambas partes, Atención Hospitalaria (Parte A) y Atención Médica (Parte B), para permanecer en Brand New Day.
- Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage, acepto que Brand New Day compartirá mi información con Medicare, y que estos pueden usarla para realizar el seguimiento de mi inscripción, efectuar pagos y para otros propósitos permitidos por las leyes federales que autorizan la recopilación de esta información (consulte Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.
- La información incluida en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Comprendo que, si proporciono deliberadamente información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Comprendo que las personas con Medicare, por lo general, no tienen cobertura de Medicare cuando están fuera del país, con excepción de una cobertura limitada cerca de la frontera estadounidense.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Brand New Day, tendré que recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Brand New Day. Los beneficios y servicios proporcionados por Brand New Day e incluidos en el documento de "Evidencia de Cobertura" de Brand New Day (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Brand New Day pagarán por los beneficios o servicios que no están cubiertos.

**IMPORTANTE: Lea y firme abajo (continuación)**

- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si es firmada por un representante autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica que:
  1. esta persona está autorizada por las leyes del estado a completar esta inscripción, y
  2. la documentación de esta autorización está disponible a pedido de Medicare.

**Firma del Afiliado**

**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**

**Sección 2 – Todos los campos de esta página son opcionales**

Responder estas preguntas es su decisión. No se le puede negar la cobertura por no haberlas respondido.

**Seleccione una si desea que le enviemos su información en un idioma diferente de inglés.**

Español

Chino tradicional

Coreano

Vietnamita

**Seleccione una si desea que le enviemos información en un formato accesible.**

Braille

Letra grande

CD de audio

Comuníquese con Brand New Day al 1-866-255-4795, TTY 711 si necesita información en un formato accesible o en un idioma que no esté mencionado más arriba. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, y los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo.

**¿Usted trabaja?**

Sí

No

**¿Su cónyuge trabaja?**

Sí

No



## Sección 2 – Todos los campos de esta página son opcionales (continuación)

Indique su Médico de Atención Primaria (PCP), Grupo Médico o IPA y su Dentista Contratado:

Indique su Médico de Atención Primaria (PCP), clínica o centro de salud Código de Proveedor PCP

--	--

¿Es usted un paciente actual de este médico?  Sí  No

Elija el Nombre del Grupo Médico o IPA

Código de IPA/Grupo Médico

--	--

¿Es usted un paciente actual de este grupo médico/IPA?  Sí  No

Dentista Contratado (Se Asignará Uno Si Se Deja en Blanco)

Código de Centro Odontológico

--	--

¿Es usted un paciente actual de este Dentista?  Sí  No

**Deseo recibir los siguientes materiales a través de correo electrónico. Seleccione uno o más de uno.**

- ANOC  EOC  Listas de medicamentos  Directorios de Proveedores  Directorios de Farmacias
- Materiales de Educación de Salud

**Dirección de Correo Electrónico:**

--

**Optar por No Recibir Materiales Electrónicos**

- Marque esta casilla para OPTAR POR NO recibir correspondencia electrónica. NO nos comunicaremos con usted por correo electrónico.

## Pagar los Pagos Mensuales de Su Plan

Puede pagar su pago mensual del plan (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía que pueda tener o deber actualmente) por correo, "Transferencia Electrónica de Fondos (EFT)" o "tarjeta de crédito" todos los meses. **También puede elegir pagar su pago mensual haciendo que se descuente automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) cada mes.**

**Si tiene que pagar un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar este monto extra además del pago mensual de su plan.**

El monto, por lo general, se descuenta de su beneficio de Seguro Social o podría recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO le pague a Brand New Day la Parte D-IRMAA.

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).

**Recibo beneficios mensuales de:**  Seguro Social  RRB

(La deducción del Seguro Social/RRB puede demorar dos meses o más luego de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su pedido de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todos los pagos mensuales adeudados desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el punto en que empezaron las deducciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de una deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus pagos mensuales).

Si usted no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

**Seleccione una opción para el pago del pago mensual:**

Recibir una factura mensual

Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria todos los meses.

**Adjunte un cheque ANULADO o proporcione lo siguiente:**

Nombre de la Cuenta: \_\_\_\_\_

Nombre del Banco: \_\_\_\_\_

N.º de Ruta Bancaria: \_\_\_\_\_

N.º de Cuenta Bancaria: \_\_\_\_\_

Tipo de Cuenta:  Cuenta Corriente  Caja de Ahorros

### 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 la inscripción de beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicamento con receta médica de Medicare Advantage (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.

**Brand New Day Office Use Only**

Name of Staff Member/Agent/Broker (if assisted in enrollment):

Plan ID#:

Effective Date of Coverage:

ICEP/IEP

AEP

SEP(type)

Not Eligible

LIS

OEP

Date of Receipt:

Date Entered:

Date E4 Letter Sent:

Date E6 Letter Sent:

Initials of Verification:

Group #:

Part D Premium:

Notes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sales Agent Information**

**If someone helped you fill out this application he/she must complete the information below and sign:**

**Name Of Staff/Agent/Broker (Print Name)**

**Agent Signature**

**Date**

**Relationship To Enrollee**

**Date Application Was Received**

**Agent NPN**

**Agent Phone Number**

**Agent License Number**

**FMO**

**Please fax application with Scope of Appointment, Pre-Enrollment Qualification Assessment Tool, Continuity of Care form, and any other required documents to Brand New Day's Enrollment Department fax number at 1-657-400-1207.**

**Application receipt location:**

Appointment

Sales event

Walk-in

Mail

Other:

PLIEGUE-SOSTENGA-ARRANQUE

PLIEGUE-SOSTENGA-ARRANQUE

## Certificación de Elegibilidad para un Período de Inscripción

**Por lo general, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solamente durante el período de inscripción anual, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.** Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea detenidamente los siguientes enunciados y marque la casilla si el enunciado corresponde en su caso. Al marcar alguna de las casillas siguientes certifica que, según su leal saber y entender, usted es elegible para un Período de Inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, podremos cancelar su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.**
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).**
- Tengo un diagnóstico que cumple con los requisitos para un Plan de Necesidades Especiales (C-SNP, D-SNP o I-SNP).**
- Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP), pero perdí la calificación requerida de necesidades especiales para estar en ese plan. Mi inscripción al SNP fue cancelada el (introducir fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente me mudé 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 (introducir fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medi-Cal (recientemente recibí Medi-Cal, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medi-Cal, o Ayuda Adicional/Subsidio por Bajos Ingresos, o pérdida de Medi-Cal) el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.**
- Tengo Medicare y Medi-Cal (o mi estado me ayuda a pagar mis pagos mensuales de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no tuve ningún cambio.
- Me estoy mudando, vivo o salí recientemente de un Centro de Atención a Largo Plazo (por ejemplo, un centro de convalecencia o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me voy a mudar a/fuera del centro el (introducir fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente salí de un programa PACE el (introducir fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente perdí de forma involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (introducir fecha) \_\_\_\_\_.

## Certificación de Elegibilidad para un Período de Inscripción *continuación*

Estoy dejando mi cobertura laboral o sindical el (introducir fecha) \_\_\_\_\_.

Mi plan está finalizando su contrato con Medicare, o Medicare está finalizando su contrato con mi plan.

**Fui afectado por una emergencia climática o por una catástrofe grave (según lo declarado por la Agencia Federal para la Gestión de Emergencias [FEMA]). Uno de los otros enunciados de este documento se aplica a mi caso, pero no pude realizar mi inscripción debido al desastre natural.**

Otro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si ninguno de estos enunciados es aplicable a su caso o no está seguro, comuníquese con Brand New Day al 1-866-255-4795, TTY 711 para ver si es elegible para inscribirse. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 am a 8 pm y los 7 días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo.

## Herramienta de Evaluación de Calificación de Inscripción Previa Para Enfermedad Cardiovascular y Diabetes (HMO C-SNP)

Este formulario debe enviarse con la solicitud de inscripción a Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 39, Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 40, y Embrace Care (HMO C-SNP) 47.

Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:	Apellido:
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento:	

### Preguntas de Calificación Clínica

Si marca alguna de las opciones siguientes, el candidato cumple con los requisitos previos de calificación.

¿Alguna vez un médico le dijo que tiene alguna de las siguientes enfermedades? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Enfermedad Cardiovascular
- Diabetes
- Insuficiencia Cardíaca (de cualquier tipo)
- Hipertensión/Presión Arterial Alta (CHF de Etapa A)
- Cardiopatía Hipertensiva con Enfermedad Renal Crónica
- Antecedentes de Derrame Cerebral

### Preguntas sobre Medicamentos

- ¿Está tomando o tomó alguna vez medicamentos para una de las enfermedades mencionadas arriba?  Sí  No
- ¿Alguna vez se aplicó inyecciones de Insulina?  Sí  No
- ¿Alguna vez tomó Metformina?  Sí  No
- ¿Qué medicamentos está tomando actualmente? \_\_\_\_\_

**Médico de Atención Primaria:** \_\_\_\_\_  
*Nombre del Médico*

\_\_\_\_\_  
*Su clínica o centro y número de teléfono*

**Especialista:** \_\_\_\_\_  
*Nombre del Especialista*

\_\_\_\_\_  
*Su clínica o centro y número de teléfono*

Firma del Candidato: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Formulario de Continuidad de Atención Posterior a la Inscripción**

Una vez que complete el Paquete de Inscripción, complete la siguiente información y envíela por fax al 1-657-400-1207.

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Preguntas Posteriores a la Inscripción**

1. ¿Actualmente usted utiliza equipo médico duradero o dispositivos médicos?  Sí  No

1a. Si la respuesta es "sí"  
Especifique cuál de lo siguiente:

- |                                                           |                                              |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Silla para Baño                  | <input type="checkbox"/> Oxígeno             |
| <input type="checkbox"/> Bastón                           | <input type="checkbox"/> Colchón de presión  |
| <input type="checkbox"/> Catéteres                        | <input type="checkbox"/> Asientos de retrete |
| <input type="checkbox"/> Retrete Portátil                 | <input type="checkbox"/> Andador             |
| <input type="checkbox"/> Máquina de CPAP /Apnea del Sueño | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas     |
| <input type="checkbox"/> Pañales                          | <input type="checkbox"/> Otro: _____         |
| <input type="checkbox"/> Cama de Hospital                 | <input type="checkbox"/> Otro: _____         |

1b. Si la respuesta es afirmativa  
¿Quién provee el equipo o los dispositivos médicos?

Nombre: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. ¿Está recibiendo atención activa de un médico especialista o consulta a un médico especialista por un tratamiento para el cáncer, una condición cardíaca, diabetes u otra condición médica?

Sí  No (En caso afirmativo, ¿quién?)

Nombre: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Está actualmente recibiendo servicios de atención de salud en el hogar?

Sí  No (En caso afirmativo, ¿quién?)

Compañía: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿Tiene transporte para ir y regresar de sus citas?  
\* No todos los planes proporcionan cobertura de transporte.

Si  No O bien, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Brand New Day al 1-866-255-4795, TTY 711

Información de contacto adicional: cuidador, familiares o personas de apoyo

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_