

Formulário de Inscrição SeniorCare

Entre em contato com [SWHP] caso necessite de informações em outras línguas ou outro formato (Braille). Por favor póngase en contacto con SWHP si usted necesita la información en otra lengua o formato (Braille).

1 Para Registro no SeniorCare (Custo), favor Fornecer as Seguintes Informações:

Indique o plano de assistência médica que deseja se inscrever: Seletto Preferencial Preferencial Plus

Marque o plano opcional que deseja se inscrever: Valor Básico Avançado N° Rx

Indique a data de inscrição: _____

Sobrenome: _____ Nome: _____ Inicial do nome do meio: _____ Sr. Sra. Srta:

Data de Nascimento:
(__ / __ / ____)
(MM/DD/AAAA)

Sexo:
 M
 F

Telefone Residencial:
()

Endereço Residencial Permanente: (Caixa Postal não é Permitido)

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Endereço para Correspondência (se diferente do endereço residencial permanente:)

Rua: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Contato em caso de Emergência: _____

Telefone: _____ **Grau de Parentesco:** _____

E-mail (opcional): _____

2 Favor fornecer as informações sobre Seguro Medicare:

Complete esta seção com seu Cartão do Seguro Medicare.

• Favor preencher os campos de acordo com seu cartão Medicare vermelho, branco e azul.

- OU -

• Anexar uma cópia do Cartão Medicare ou Carta do Seguro Social ou Conselho de Aposentadoria do Ferroviário.

Você deve ter o Medicare Parte A e Parte B para aderir a qualquer um dos planos SWHP listados acima.

MEDICARE



HEALTH INSURANCE

EXEMPLO

Nome: _____

Número Pedido Medicare

Sexo: _____

Autorizado para
HOSPITAL (Parte A)

Data Vigência

MÉDICO (Parte B)



Você pode pagar seu prêmio de plano mensal por e-mail usando boleto bancário, Transferência Eletrônica de Fundos (TEF), ou online, mensalmente, pelo e-Pay. Você também pode optar por pagar o seu prêmio por dedução automática de seu contracheque do Seguro Social.

Pessoas com renda limitada podem ser beneficiadas com um auxílio extra no pagamento de suas despesas com os medicamentos prescritos. Caso seja elegível, o Medicare poderá pagar 75% ou mais dos seus custos com medicamentos, incluindo prêmio mensal para medicamentos prescritos, dedutíveis anuais e cosseguro. Além disso, aqueles que se qualificarem não precisarão pagar diferença na cobertura e multa pela inscrição tardia. Muitas pessoas não sabem que estão aptas a receberem este benefício. Para mais informações sobre esta ajuda extra, entre em contato com o escritório local do Seguro Social ou ligue para 1-800-772-1213. Os usuários TTY devem ligar para 1-800-325-0778. Você também pode solicitar esse benefício online, pelo site www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Caso se qualifique para a ajuda extra com cobertura dos custos com medicamentos prescritos Medicare, a Medicare pagará todo ou parte do prêmio do plano. Caso a Medicare pague somente parte do prêmio, enviaremos a diferença do valor não pago pela Medicare.

Se não selecionar a opção de pagamento, irá receber boleto de cobrança bancária, por e-mail.

Escolha uma opção de pagamento do prêmio:

- Receber Boleto de Pagamento.
- Transferência Eletrônica de Fundos (TEF) da sua conta bancária, mensalmente. Favor anexar um cheque BANCÁRIO ou fornecer as seguintes informações:

Titular da Conta: _____

Número do Banco: _____ Número da Conta: _____

Conta Tipo: Corrente Poupança

- E-Pay (online através de nosso site, no primeiro dia do mês, www.swhp.org (Pagamento apenas através de Cartão de Crédito)
- Dedução Automática Mensal diretamente do Seguro Saúde. (O débito deve se iniciar em dois meses ou mais, e na maioria das vezes, a dedução do seu primeiro cheque de benefício SSA incluirá todos os prêmios devidos a partir da data de adesão até o início da dedução).

1. Você sofre de Insuficiência Renal Crônica (ESRD)? Sim Não

Se você respondeu "Sim" a esta pergunta, mas não precisa mais fazer diálise regularmente, ou fez um transplante renal bem sucedido **deve anexar uma nota ou registro** do seu médico indicando que você não precisa de diálise ou fez um transplante renal bem sucedido.

2. Você ou seu cônjuge trabalham? Sim Não

Você é beneficiário de algum convênio médico pessoal ou da empresa onde o cônjuge trabalha ou trabalhou? Sim Não

Caso tenha marcado "Sim", forneça as seguintes informações:

Nome do Empregador: _____ Endereço do Empregador: _____

Nome do Titular da Apólice: _____ Número da Apólice: _____

3. Você é residente de alguma instituição de saúde, asilo ou Lar para idosos, por exemplo? Sim Não

Caso tenha marcado "Sim", forneça as seguintes informações:

Nome da Instituição: _____

Endereço e Telefone da Instituição (Rua/Av. e Número): _____

4. Você está inscrito no Programa de Assistência Medicaid do seu Estado? Sim Não

Caso tenha marcado "Sim", fornecer o número Medicaid: _____

5. Algumas pessoas podem possuir outras coberturas de medicamentos, incluindo outros seguros privados, tal como assistência médica fornecida pela empresa empregadora do cônjuge ou sua, TRICARE, Cobertura do Programa de Assistência Médica dos Funcionários Federais, benefício VA ou Programas Estaduais de Assistência Farmacêutica.

Você possui ou irá possuir outra assistência farmacêutica além do (Custo) Rx? Sim Não

Caso tenha marcado "Sim", relacione os programas e seu número de identificação (ID) para cada um:

Nome do Outro Programa:

Número:

Número do Grupo para este Programa

Favor indicar o Nome do Clínico Geral (PCP). _____

Escolha um dos espaços abaixo se prefere que as informações estejam em outro idioma ou formato:

Espanhol E-mail

Entre em contato com SWHP pelo telefone 1-800-782-5068 caso necessite de informações em outro formato ou idioma. Nosso horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8 às 17 h. Usuários TTY devem ligar para 1-800-735-2989.



Por favor, leia as informações abaixo.

Se atualmente possui cobertura de saúde de um empregador ou sindicato, aderir ao benefício da SWHP pode afetar seus outros benefícios. Você pode perder sua cobertura de saúde do empregador ou sindicato se você aderir ao SWHP. Leia as informações que seu empregador ou sindicato lhe enviar. Em caso de dúvida, visite a página deles na internet ou entre em contato com o endereço fornecido. Caso não haja nenhuma informação sobre quem contatar, procure a administradora do seu benefício ou o escritório responsável pelo serviço de atendimento ao consumidor.

5

Favor Ler e Assinar

Ao preencher este formulário de inscrição, eu concordo com o seguinte:

SWHP é um plano Medicare com um benefício opcional suplementar Parte D que tem convênio com o Governo Federal. Eu entendo que não sou obrigado a escolher a opção do benefício suplementar Parte D. Preciso manter Partes A e B. Só posso fazer parte de apenas um Plano de Saúde Medicare ou Plano de Medicamentos Parte D, e que minha inscrição neste plano irá automaticamente cancelar minha inscrição em outro Plano de Saúde Medicare ou Plano de Medicamentos Parte D. É de minha inteira responsabilidade informar SWHP sobre qualquer cobertura de medicamentos que eu tenha ou possa ter no futuro. Eu concordo que caso eu não tenha ou consiga outra cobertura de Medicamentos Medicare ou abrangência de carência (tão abrangente quanto o Medicare), terei que pagar uma multa pelo atraso na inscrição, caso faça opção pela cobertura de Medicamentos Medicare no futuro. A inscrição neste plano geralmente vale para o ano inteiro. Após me inscrever em um plano que inclua a Parte D, só posso cancelar ou fazer alterações em determinadas épocas do ano, quando o período de inscrição estiver disponível (exemplo: 15 de outubro - 7 de dezembro de cada ano), ou em circunstâncias especiais.

O SWHP atua em uma área específica. Caso eu me mude da área de atuação do SWHP na qual estou inscrito, devo notificar o plano para que eu possa anular a adesão e encontrar um novo plano na área para a qual me mudei. Caso faça minha inscrição em um plano Parte D, entendo que devo usar somente as farmácias da rede, exceto em caso de emergência, quando não posso usar as farmácias da rede SWHP.

Ao me tornar membro do SWHP, tenho o direito de recorrer das decisões do Plano a respeito de pagamento ou de serviços, caso eu venha discordar.

Após ler o Certificado de Cobertura da SWHP e conhecer os passos que devo seguir para obter a Cobertura, eu concordo com os termos e condições estabelecidas no documento. Estou ciente que os beneficiários do Medicare não estão cobertos pela Medicare quando fora do país, a não ser por uma cobertura limitada, próximo à fronteira americana. Os serviços autorizados pela SWHP e outros serviços descritos no Certificado de Cobertura serão cobertos pelo SWHP.

Liberação de Informações: Ao aderir ao plano de saúde Medicare, estou ciente que o SWHP irá liberar minhas informações para o Medicare e outros planos quando necessário, para tratamento, pagamento e assistência médica. Concordo que o SWHP libere minhas informações para a Medicare, inclusive registros de prescrição de medicamentos, que usará para pesquisas e outros fins, de acordo com as leis federais, estatutos e regulamentações vigentes. As informações contidas neste formulário estão corretas e verdadeiras. Estou ciente que, caso tenha fornecido informações falsas intencionalmente, serei descredenciado do plano.

Ao assinar este formulário (eu ou meu representante legal), concordo que li e entendi seu conteúdo. Se assinado por uma pessoa autorizada (como descrito acima), esta assinatura certifica que: 1) essa pessoa é autorizada por Lei a me representar e concluir esta inscrição, e 2) sua documentação estará disponível mediante solicitação do SWHP ou Medicare.

Assinatura:

Data de Hoje:

Se você é o representante legal, deve fornecer as seguintes informações:

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: (____) _____ - _____

Grau de Parentesco com o Segurado: _____

Para uso Oficial:

Nome do Empregado / agente (que ajudou no preenchimento do formulário): _____ No: _____

Divisão No. _____ Área No: _____ Efetiva

Data da Cobertura: _____

IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ Não Elegível: _____



Certification of Translator's Competency

I, undersigned Luciano Oliveira, Certified Translator, do hereby certify this is a faithful Translation of a document submitted to me in English, to be translated into Spanish.

*7 Brands Inc.,
4101 B Broadway # 204
L.I.C. NY 11103*



Document Translated by
Professional Translator :

