

FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO

1 Por favor, preencha suas informações:

Número da identidade:		Número do Comprovante Medicare (do cartão Medicare):	
Último nome/ Primeiro Nome/ Inicial do nome do meio:			Data de Nascimento:
Telefone residencial: ()		Endereço de e-mail (opcional):	
Endereço para correspondência:		(Cidade)	(Estado) (CEP)

2 Por favor, escolha um plano:

Marque o plano médico para o qual você quer <u> </u> mudar:	<input type="checkbox"/> Seletor <input type="checkbox"/> Preferencial <input type="checkbox"/> Preferencial Plus
Marque qual plano Medicare Parte D de medicamentos SeniorCare (Custo) você quer adicionar <u> </u> ou mudar:	<input type="checkbox"/> Valor <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Avançado <input type="checkbox"/> N° Rx

3 Leia e assine a próxima página:

Ao preencher esse formulário de "Alteração", concordo com o seguinte:

SeniorCare (Custo) é um plano de saúde Medicare e preciso manter meu Medicare Parte B. Só posso fazer parte de um plano Medicare por vez. É minha responsabilidade informá-los de qualquer cobertura de medicamento prescrito que tenho ou possa ter no futuro. Reconheço que posso sair deste plano a qualquer momento enviando uma solicitação por escrito para a SeniorCare (Custo) ou ligando para 1-800-Medicare. Usuários TTY devem ligar para 1-877-486-2048.

Reconheço que ao iniciar a cobertura SeniorCare (Custo), para que meus serviços médicos possam ser completamente cobertos pela SeniorCare (Custo) (exceto emergência ou serviços urgentes), toda minha assistência médica deverá ser fornecida ou organizada por SeniorCare (Custo). Se eu adquirir serviços que não sejam fornecidos ou organizados pelo plano; serei responsável por todos os dedutíveis e coseguros da Medicare, bem como quaisquer tarifas adicionais como disposto no programa Medicare. Também serei responsável por tarifas que não sejam de cobertura da Medicare.

Os beneficiários da Medicare geralmente não têm cobertura quando fora do país, à exceção de cobertura limitada no Canadá e México. Os serviços autorizados pelo SeniorCare (Custo) e outros em meu Certificado de Cobertura SeniorCare (Custo) (também conhecido como contrato de participante ou de contribuinte) terão cobertura.

Essa informação está disponível em formato diferente, inclusive em Espanhol. Por favor, ligue para Serviços ao Cliente: 1-866-334-3141, de domingo a sábado, das 8 às 20h (usuários TTY devem ligar para 1-800-735-2989) caso necessite das informações sobre planos em outro formato ou idioma.

Esta información está disponible en un formato diferente, incluso el español. Por favor llame Servicios de Cliente en 1-866-334-3141, el domingo - el sábado, a las 8h00 hasta las 20h00 (usuarios de TTY llaman 1-800-735-2989) si usted tiene que planear la información en otro formato o lengua.

"Um Plano de Saúde com um Contrato Medicare"




Informação de Liberação:

Ao aderir a esse plano de saúde Medicare, estou ciente de que minhas informações serão liberadas para Medicare e outros planos, se necessário, para tratamento, pagamento e assistência médica. Também reconheço que SeniorCare (Custo) irá liberar minhas informações, inclusive dados de ocorrência de medicamentos prescritos para a Medicare, que pode liberá-las para pesquisa e outros fins que seguem todas as regulamentações e estatutos Federais. As informações contidas neste formulário de adesão estão corretas e verdadeiras. Estou ciente de que se fornecer informações falsas neste formulário intencionalmente, perderei a adesão ao plano.

Reconheço que minha assinatura (ou a assinatura da pessoa autorizada a me representar sob a Lei do Estado onde moro) neste formulário significa que li e entendi seu conteúdo. Se assinada por pessoa autorizada (como descrito acima), essa assinatura certifica que 1) essa pessoa está autorizada por Lei a me representar e concluir esta inscrição e 2) a documentação dessa pessoa está disponível mediante solicitação da SeniorCare (Custo) ou Medicare.

4 Assine e coloque a data:

Sua Assinatura: _____ Data de Hoje: _____
Se você é o representante autorizado, deve fornecer as seguintes informações:
Nome: _____
Endereço: _____
Telefone: _____
Grau de Parentesco com o Segurado: _____

ENVIAR FORMULARIOS PARA: Plano de Saúde Scott & White Em atenção a SeniorCare 2401 South 31st Street Temple, TX 76508
ENVIAR FORMULARIOS POR FAX PARA: Em atenção a SeniorCare 1-254-298-3567
ENVIAR FORMULÁRIOS POR EMAIL PARA: swhpseniors@swmail.sw.org

Para Uso Oficial:
Divisão nº: _____
Data de Vigência da Cobertura: _____ IEP AEP SEP (tipo): _____
Nº Representante do Plano: _____ Área nº _____

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 Broadway # 204
L.I.C. NY 11103
Document Translated by Professional Translator: [Signature]