



2018

Paquete de Inscripción  
de Medicare

(San Luis Valley)



## ¿ESTÁ LISTO PARA INSCRIBIRSE?

Completando y enviando la solicitud adjunta es su primer paso para convertirse en un miembro de Friday Planes de Medicare (Costo). **Por favor lee el Resumen de beneficios para determinar qué plan es el adecuado para usted.** Si usted y su cónyuge están solicitando, por favor llene una solicitud para usted y otra para su cónyuge.

### Completando los materiales para la solicitud

- **Friday Planes de Medicare (Costo) Solicitud:** leer y completar toda la información requerida

- ✓ Por favor, complete las páginas 1 y 2 en su totalidad – *asegúrese de proporcionar la información de su tarjeta de Medicare en la página 1*
- ✓ Lea cuidadosamente las renunciaciones en la página 3
- ✓ Firmar y fechar la página 3

**Le recomendamos que haga una copia de esta solicitud para su archivo.**

- **Opción de pago (Forma B):** elegir una de las tres opciones de pago que desea utilizar para el pago de su cuota mensual

- ✓ Por favor asegúrese de poner sus iniciales en su opción de pago, firmar y fechar el formulario (si decide que las primas estén tomadas de una de sus cuentas bancarias *p por favor complete, firmar y fechar la sección titulada “AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA AUTOMÁTICA DE FONDOS” y volver con una copia de un cheque cancelado*).

- **Primer mes de Prima:** Friday Planes de Medicare (Costo) es un programa de prepago; Se requiere el pago de su primera mes prima junto con la solicitud.

- ✓ Por favor, incluya un cheque o giro postal en la cantidad de la prima del primer mes

### Enviar por correo los materiales para la solicitud

Favor de enviar los siguientes materiales a Friday Health Plans:

- ✓ La **solicitud** completa
- ✓ **Forma de opción de pago** completado (incluyendo cheque cancelado, en su caso)
- ✓ Cheque o giro postal por **la prima del primer mes**

**Enviar a:** Friday Health Plans  
Attn: Medicare Enrollment  
700 Main St, Suite 100  
Alamosa, CO 81101

Póngase en contacto con nuestro especialista de inscripción si desea obtener más ayuda en completando estas formas.

This information is available for free in other languages. Please contact our customer service number at 1-800-475-8466 / TTY 1-800-659-2656, 8:00 a.m. to 8:00 p.m., 7 days a week.

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Por favor llame a nuestro número de servicio al cliente al 1-800-475-8466, TTY 1-800-659-2656 de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana.

Friday Health Plans es un plan de costos con un contrato Medicare. Inscripción en el plan de costos de Medicare de Friday depende de la renovación del contrato.



**Para inscribirse en FRIDAY HEALTH PLANS SV PLANS (COST),  
Por favor provea la siguiente información:**

Por favor marque el plan en el que desea inscribirse en:

- |   |                      |
|---|----------------------|
| _____ Friday Health Plans Silver SV Plan (Cost)   | Prima: \$30 por mes* |
| _____ Friday Health Plans Gold SV Plan (Cost)     | Prima: \$50 por mes* |
| _____ Friday Health Plans Platinum SV Plan (Cost) | Prima: \$80 por mes* |

\*Usted debe continuar pagando sus primas de la Parte B

Por favor, indique su fecha efectiva de inscripción solicitada: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo nombre \_\_\_\_\_  Señor  Señora  Sra.

Fecha de nacimiento:  
(\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_)  
(M M / D D / Y Y Y Y)

Género:  
 M  F

Número de teléfono:  
( )

Dirección de residencia de calle permanente:

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Dirección de envío** (sólo si es diferente de su dirección de residencia permanente):

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_ **Relación contigo** \_\_\_\_\_

**Proporcione su información de seguro de Medicare**

Por favor, saque su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

- Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare  
-O-
- Adjuntar una copia de su tarjeta de Medicare o su carta de la Administración de la Seguridad Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Debe tener la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan de costos de Medicare.

Nombre (como aparece en sue tarjeta de Medicare)  
\_\_\_\_\_

Numero de Medicare: \_\_\_\_\_

Tiene derecho a \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva \_\_\_\_\_

HOSPITAL (Parte A) \_\_\_\_\_

MÉDICO (Parte B) \_\_\_\_\_

*Debe tener la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan de costos de Medicare.*

### Sus Opciones de Pago de la Prima del Plan

Puede pagar la prima mensual del plan por correo, Transferencia Electrónica de Fondos (EFT), cada mes. También puede optar por pagar su prima por deducción automática de su cheque del Seguro Social cada mes.

Si no selecciona una opción de pago, usted recibirá un libro de cupones.

#### Por favor, seleccione una opción de pago de la prima:

- Recibir una libreta de cupones anuales
- Transferencia Electrónica de Fondos (EFT) de su cuenta bancaria cada mes. Por favor incluya un cheque anulado o proporcione la siguiente:  
Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_  
Número de ruta bancaria: \_\_\_\_\_ Número de cuenta bancaria: \_\_\_\_\_  
Tipo de cuenta:  Cuenta de cheques  Cuenta de ahorro
- Deducción automática de cheque de beneficios mensual de SSA/RRB (Junto de Retiro Ferroviario). (La deducción de la SSA puede tardar dos o más meses en comenzar después de Seguridad Social/RRB aprueba la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social/RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su SSA/RRB cheque de beneficios no incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de inscripción efectiva hasta el punto que comienza la retención. Le enviaremos un libro de cupones para los meses antes de la deducción de su Seguro Social/RRB antes del comienzo de cheque. Si el Seguro Social/el RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa de sus primas mensuales.

#### Lea y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Tiene la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)?  Sí  No  
Sí ha respondido "sí" a esta pregunta y ya no necesita diálisis regular, o que ha tenido un transplante de riñón exitoso, **adjunte una nota o registros** de su médico demostrando que no necesita diálisis o que ha tenido un transplante de riñón exitoso.

2. ¿Usted o su cónyuge trabajan?  Sí  No  
¿Tiene la cobertura de salud a través de usted o su empleador actual o anterior de su cónyuge?  
 Sí  No

En caso afirmativo, proporcionar la siguiente información:

Nombre del empleador; \_\_\_\_\_ Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Nombre del poseedor de la política: \_\_\_\_\_ Número de política: \_\_\_\_\_

3. ¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su estado?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor proporcione su número de Medicaid: \_\_\_\_\_

**Por favor, seleccione el nombre de un médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud (si es requerido):** \_\_\_\_\_

**Por favor marque una de las casillas a continuación si usted prefiere que le enviemos informacin en un idioma distinto del Inglés:**

\_\_\_\_\_ Español

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

**Por favor lea y firme abajo:**

**Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:**

Friday Health Plans (Cost) es un plan de salud de Medicare y necesitaré mantener mi Medicare Parte B. Puedo estar en un plan de salud de Medicare a la vez. Es mi responsabilidad informarles de cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda tener en el futuro. Sé que puedo darme de baja de este plan en cualquier momento mediante el envío de una solicitud por escrito a Friday Health Plans o llamando 1-800-Medicare (1-800-633-4227) en cualquier momento, 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar 1-877-486-2048.

Friday Health Plans (Cost) servicia una área específica. Si me mudo fuera del área que sirve Friday Health Plans (Cost) necesito notificar al plan para poder darme de baja e encontrar un Nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de Friday Health Plans (Cost), tengo el derecho de apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de Cobertura de Friday Health Plans (Cost) cuando lo reciba para conocer las reglas que debo seguir para recibir cobertura con el plan de salud de Medicare.

Entiendo que a partir de la fecha que inicia la cobertura de Friday Plans (Cost), para que Friday Health Plans (Cost) pueda cubrir la totalidad de mis servicios medicos (a excepción de los servicios de emergencia o los servicios necesarios con urgencia), toda mi atención de la salud debe ser proporcionada o concertada por Friday Health Plans (Costo). Si obtengo servicios no prestados o contratados por el plan, sere responsable de todos los deducibles y co-seguro, así como los cargos adicionales según lo prescrito por el programa Medicare. También puedo ser responsable de los cargos no cubiertos por Medicare.

Los beneficiarios de Medicare generalmente no están cubiertos por Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada en Canadá y México. Los servicios autorizados por Friday Health Plans (Cost) y otros servicios contenidos en mi documento de Evidencia de Cobertura de Friday Plans (Cost) (también conocido como un contrato o acuerdo del suscriptor) será cubierto.

**Liberación de información:** Al unirme a este plan de salud de Medicare, reconozco que el plan de salud de Medicare divulgará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para las operaciones de tratamiento, pago y atención médica. La información en este formulario de inscripción es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, sere dado de baja del plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según la ley del Estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si es firmado por una persona autorizada (como se describe más arriba), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada bajo la ley estatal para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autorización está disponible a solicitud de Friday Health Plans (Cost) o de Medicare.

**Su firma:**

**Fecha de hoy:**

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

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Relación con el Afiliado:** \_\_\_\_\_

**Sólo para uso oficial:**

Nombre del miembro del personal (de la asistencia en la matrícula): \_\_\_\_\_

Plan ID#: \_\_\_\_\_

[Período de inscripción cuando sea aplicable] IEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ SEP (tipo): \_\_\_\_\_

Friday Health Plans es un Plan de costos con un contrato de Medicare. Inscripción en el plan de costos de Medicare de Friday depende de la renovación del contrato.

Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number at 1-800-475-8466, TTY 1-800-659-2656, from 8:00 am to 8:00 pm, 7 days a week, Oct 1 – Feb 14 and 8:00 am to 8:00 pm, Monday through Friday, Feb 15 – Sep 30.

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Por favor llame a nuestro número de servicio al cliente al 1-800-475-8466, TTY 1-800-659-2656 de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana, Oct 1 – Feb 14, y 8:00 am a 8:00 pm, de Lunes a Viernes, Feb 15 – Sep 30.



**FRIDAY HEALTH PLANS  
PREMIUM PAYMENT OPTIONS**

700 Main Street, Suite 100, Alamosa, CO 81101

**Existen 3 formas de pagar la prima de su plan.** Por favor inicie en la línea para la opción de pago que desea utilizar.

\_\_\_\_\_ **Opción 1: Puede pagar con cheque, efectivo o giro postal.**

Usted puede optar por pagar su prima mensual del plan directamente a nuestro Plan. Usted recibirá un libro de cupones que contiene cupones mensuales que deben acompañar a su pago en forma de cheque, giro postal o efectivo. Los planes de Medicare de Friday Health Plans (Costo) son planes de salud de prepago, por lo que su prima mensual se debe más tardar el día 15 del mes anterior. (Por ejemplo, prima de Enero es debido antes del 15 de Diciembre).

\_\_\_\_\_ **Opción 2: Usted puede utilizar el retiro automático**

Usted puede tener su cuota mensual del plan retirada automáticamente de su cuenta bancaria. Con esta opción, ninguna factura se envía por correo y usted no tiene que preocuparse de enviar su pago a tiempo. Sólo tiene que rellenar la forma de autorización de deducción de la cuenta y adjuntar un cheque anulado. Friday retirará automáticamente la prima mensual del plan, el día 15 de cada mes.

\_\_\_\_\_ **Opción 3: Usted puede tener la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social**

Usted puede tener su prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Nuestro servicio al cliente le contactará para establecer el pago de su prima mensual de esta manera.

**AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA AUTOMÁTICA DE FONDOS**

Al firmar a continuación, autorizo a Friday Health Plans para instruir a mi institución financiera deducir mis pagos de primas de la cuenta designada a continuación. Autorizo a la institución financier a debitar el monto de mi prima de mi cuenta designada. Esta autorización permanecerá en pleno vigor y en efecto hasta que Friday Health Plans ha recibido una notificación por escrito del miembro individual de su terminación en tal tiempo y en la forma de pagar Friday Health Plans y la institución financiera una oportunidad razonable para actuar en consecuencia.

Nombre de miembro \_\_\_\_\_ Nombre del banco \_\_\_\_\_

**Fecha de la transferencia automática mensual: entre los días 10 y 15 de cada mes**

# de \_\_\_\_\_ # de cuenta \_\_\_\_\_ # de cuenta de  
Ruta: \_\_\_\_\_ de cheques: \_\_\_\_\_ ahorros: \_\_\_\_\_

firma autorizada \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Cambiando la forma en que paga su prima**

Por favor, póngase en contacto con Servicio al Cliente, si usted decide cambiar la manera en que paga su prima, puede tardar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima del plan se pague a tiempo.

**Para cualquier pregunta, por favor, póngase en contacto con nuestro Departamento de Servicio al Cliente.**

This information is available for free in other languages. Please contact our customer service number at 1-800-475-8466 / TTY 1-800-659-2656, 8:00 am to 8:00 pm , 7 days a week.

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Por favor llame a nuestro número de servicio al cliente al 1-800-475-8466, TTY 1-800-659-2656 de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana.

Friday Health Plans es un plan de costos con un contrato de Medicare. Inscripción en el plan de costos de Medicare de Friday depende de la renovación del contrato.



## Friday Health Plans - H0657

### 2018 Medicare Star Ratings\*

The Medicare Program rates all health and prescription drug plans each year, based on a plan's quality and performance. Medicare Star Ratings help you know how good a job our plan is doing. You can use these Star Ratings to compare our plan's performance to other plans. The two main types of Star Ratings are:

1. An Overall Star Rating that combines all of our plan's scores.
2. Summary Star Rating that focuses on our medical or our prescription drug services.

Some of the areas Medicare reviews for these ratings include:

- How our members rate our plan's services and care;
- How well our doctors detect illnesses and keep members healthy;
- How well our plan helps our members use recommended and safe prescription medications.

For 2018, Friday Health Plans received the following Overall Star Rating from Medicare.

★★★  
3 Stars

We received the following Summary Star Rating for Friday Health Plans's health/drug plan services:

Health Plan Services: ★★★  
3 Stars  
Drug Plan Services: Not Offered

The number of stars shows how well our plan performs.

★★★★★	5 stars - excellent
★★★★	4 stars - above average
★★★	3 stars - average
★★	2 stars - below average
★	1 star - poor

Learn more about our plan and how we are different from other plans at [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

You may also contact us 7 days a week from 8:00 a.m. to 8:00 p.m. Mountain time at 800-475-8466 (toll-free) or 800-659-2656 (TTY), from October 1 to February 14. Our hours of operation from February 15 to September 30 are Monday through Friday from 8:00 a.m. to 8:00 p.m. Mountain time.

Current members please call 800-475-8466 (toll-free) or 800-659-2656 (TTY).

\*Star Ratings are based on 5 Stars. Star Ratings are assessed each year and may change from one year to the next.

## Friday Health Plans - H0657

### Calificaciones por estrellas Medicare 2018\*

El Programa Medicare evalúa anualmente todos los planes de salud y medicamentos según la calidad y el rendimiento del plan. La calificación por estrellas de Medicare le ayuda a saber cómo se desempeña nuestro plan de salud. Usted puede utilizar estas calificaciones por estrellas para comparar el rendimiento de nuestro plan con los demás planes. Los dos tipos principales de calificaciones por estrellas son los siguientes:

1. Una calificación general por estrellas que combina los puntajes de nuestro plan.
2. Una calificación resumida por estrellas que se concentra en nuestros servicios médicos ó de medicamentos recetados.

Algunas de las áreas que el Programa Medicare analiza para estas calificaciones incluyen:

- Cómo nuestros miembros evalúan los servicios del plan de salud y de atención médica;
- Qué tan bien nuestros médicos detectan enfermedades y mantiene a nuestros miembros saludables;
- Qué tan bueno es nuestro plan en ayudar a los miembros a utilizar medicamentos recetados recomendados y seguros.

Para el año 2018, Friday Health Plans recibió la siguiente calificación general por estrellas de Medicare.

★★★  
3 estrellas

Recibimos la siguiente calificación resumida por estrellas para los servicios de salud ó de medicamentos de Friday Health Plans

Servicios de Planes de Salud:

★★★  
3 estrellas

Servicios de Planes de Medicamentos:

El beneficio no es ofrecido por el plan

El número de estrellas muestra que tan bien se desempeña nuestro plan.

★★★★★

5 estrellas - excelente

★★★★

4 estrellas - por encima del promedio

★★★

3 estrellas - promedio

★★

2 estrellas - por debajo del promedio

★

1 estrella - malo

Conozca más sobre nuestro plan y cómo somos distintos a otros planes de salud, visitando el sitio web [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

Usted nos puede contactar de 7 días a la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora de la Montaña al 800-475-8466 (libre de cargo) ó al 800-659-2656 (teléfono de texto) del 1 de octubre al 14 de febrero. Nuestro horario de atención para el resto del año es de 15 febrero al 30 septiembre lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora de la Montaña.

Miembros actuales por favor llamar al 800-475-8466 (libre de cargo) o al 800-659-2656 (teléfono de texto).

\*Las calificaciones por estrellas están basadas en 5 estrellas. Las calificaciones por estrellas son evaluadas cada año y pueden cambiar de un año al otro.