

Formulario de inscripción individual 2020 del plan de medicamentos recetados Mutual of Omaha Rx de Medicare  
 Comuníquese con Mutual of Omaha Rx<sup>SM</sup> (PDP) si quiere información en otro idioma o formato (braille).

**Para inscribirse en Mutual of Omaha Rx, proporcione la siguiente información:**

Marque la opción de plan en la cual quiere inscribirse: (Para primas mensuales, vea el reverso de este formulario).

Plus       Value

Apellido:

--	--

Nombre:

Inicial del segundo nombre:

Sr.    Sra.    Srta.

--	--	--	--

Fecha de nacimiento:

--	--	--	--	--	--	--	--

M M    D D    A A A A

Sexo:

M     F

Número de teléfono  
de la casa:

--	--	--	--	--	--	--	--

Teléfono celular:

--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección de residencia permanente (no se permiten apartados postales):

--	--

--	--

Ciudad:

Estado:    Código postal:

--	--	--

Dirección de correo (solo si es diferente a la dirección de residencia permanente):

Calle:

--	--

--	--

Ciudad:

Estado:    Código postal:

--	--	--

Dirección de correo electrónico:

--	--

Contacto de emergencia:

--	--

Relación o parentesco con usted:

Número de teléfono:

--	--	--

**Por favor, proporcione información sobre su seguro de Medicare:**

**Tenga a mano su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.**

> Complete esta información como aparece en su tarjeta de Medicare.

**O BIEN**

> Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferrovianos.

Debe tener la Parte A o la Parte B de Medicare (o ambas) para participar del plan de medicamento recetado de Medicare.

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare):

--

Número de Medicare:

--	--	--	--	--	--	--	--

Tiene derecho a:

**HOSPITAL (Parte A)**

**SERVICIOS MÉDICOS (Parte B)**

Fecha de vigencia:

--	--	--	--	--	--	--	--

M M    D D    A A A A

--	--	--	--	--	--	--	--

M M    D D    A A A A



**Por favor, seleccione una opción para el pago de la prima:**

- Reciba una factura: tenga en cuenta que si desea pagar mediante un retiro automático mensual de su cuenta de cheques o de ahorro, o si desea pagar con tarjeta de crédito, debe seleccionar esta opción. Cuando reciba la facturación inicial en su resumen de cuenta, tendrá la oportunidad de inscribirse para realizar pagos automáticos. Puede comunicarse con nosotros al 1.877.770.9808. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.866.544.2982. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 9:30 p. m., hora del este, de lunes a viernes.
- Deducción automática de su cheque mensual del Seguro Social/Junta de Jubilación para Ferroviarios.

(Puede tomar dos meses o más para comenzar la deducción del Seguro Social/Junta de Jubilación para Ferroviarios. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social/Junta de Jubilación para Ferroviarios acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción incluirá todas las primas que deba desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta que comience la retención. Si el Seguro Social/Junta de Jubilación para Ferroviarios no aprueba su solicitud para deducción automática, le enviaremos una factura por sus primas mensuales).



**Por favor, lea esta información importante:**

**Si usted es miembro de un plan Medicare Advantage** (como HMO o PPO), es posible que ya tenga una cobertura de medicamentos recetados por parte de su plan Medicare Advantage que cubra sus necesidades. Al inscribirse en Mutual of Omaha Rx, su membresía con su plan Medicare Advantage puede terminar. Esto afectará ambos, su cobertura médica y de hospital así como a su cobertura de medicamentos recetados. Lea la información que su plan Medicare Advantage le envía y si tiene alguna pregunta, comuníquese con su plan Medicare Advantage.

**Si actualmente tiene cobertura médica por parte de un empleador o sindicato, el inscribirse en Mutual of Omaha Rx puede afectar los beneficios médicos de su empleador o sindicato.** Usted puede perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en Mutual of Omaha Rx. Lea las comunicaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web, o comuníquese con la oficina que aparece en sus comunicaciones. Si no hay información sobre con quién comunicarse, el administrador de sus beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudar.

**Por favor, lea y firme a continuación:**

**Al completar esta solicitud de inscripción, estoy de acuerdo con lo siguiente:**

Mutual of Omaha Rx es un plan de medicamentos recetados de Medicare y tiene un contrato con el gobierno federal. Entiendo que esta cobertura de medicamentos recetados es adicional a mi cobertura bajo Medicare; por lo tanto, necesitaré mantener la cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare. Es mi responsabilidad informar a Mutual of Omaha Rx sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda obtener en el futuro. Solo puedo estar en un plan de medicamentos recetados de Medicare a la vez; si actualmente estoy en un plan de medicamentos recetados de Medicare, mi inscripción en Mutual of Omaha Rx terminará con esa inscripción. La inscripción en este plan, por lo general, es por todo el año. Una vez que me inscriba, puedo salir de este plan o hacer cambios si un período de inscripción está disponible, por lo general durante el Período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre), a menos que califique debido a ciertas circunstancias especiales.

Mutual of Omaha Rx proporciona servicio a un área específica. Si me mudo fuera del área en la cual Mutual of Omaha Rx proporciona servicio, necesito notificar al plan de manera que pueda darme de baja y encontrar un nuevo plan en el área nueva. Entiendo que debo usar farmacias de la red excepto en una emergencia cuando, de manera razonable, no puedo usar farmacias de la red de Mutual of Omaha Rx. Desde el momento en que soy miembro de Mutual of Omaha Rx, tengo el derecho de apelar cualquier decisión del plan sobre pagos o servicios, si estoy en desacuerdo. Leeré el documento de Evidencia de Cobertura de Mutual of Omaha Rx para saber cuáles reglas debo seguir para obtener cobertura. Entiendo que si me salgo de este plan y no tengo o no obtengo otra cobertura de medicamentos recetados de Medicare o alguna cobertura de medicamentos recetados acreditable (tan buena como la de Medicare), es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía además de la prima por mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro.

Entiendo que si estoy recibiendo asistencia de algún agente de ventas, agente de seguros o cualquier otra persona empleada por o contratada por Mutual of Omaha Rx, él/ella puede recibir pagos basados en mi inscripción en Mutual of Omaha Rx. Servicios de consejería pudieran estar disponibles en mi estado para proporcionar consejos con relación al seguro suplementario de Medicare u otras opciones de planes de Medicare Advantage o de medicamentos recetados, asistencia médica a través del programa de Medicaid del estado y el Programa de ahorro Medicare.

**Divulgación de información:**

Al inscribirme en este plan de medicamentos recetados de Medicare, entiendo que Mutual of Omaha Rx dará a conocer mi información a Medicare y a otros planes en caso de que sea necesario debido a tratamiento, pagos y servicios médicos. También, entiendo que Mutual of Omaha Rx dará a conocer mi información, incluyendo datos sobre mis medicamentos recetados, a Medicare, quien puede darla a conocer para estudios y otros propósitos que sigan todos los estatutos y reglamentos federales que apliquen. La información en este formulario de inscripción es correcta hasta donde tengo conocimiento. Entiendo que si, de manera intencional, proporciono información falsa en este formulario, se me dará de baja del plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre de acuerdo a la ley del estado en el que vivo) en esta aplicación significa que he leído y entendido el contenido de esta aplicación. Si lo firma una persona autorizada (tal como se explicó antes), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada bajo la ley del estado a completar esta inscripción y 2) los documentos de esta autorización se pondrán a la disposición de Medicare, si los solicita.

Su firma:

Fecha de hoy: --  
M M D D A A A A

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

Nombre:  Inicial del segundo nombre:

Apellido:

Dirección del representante (número y calle):

Ciudad:  Estado:  Código postal:

Número de teléfono: --

Relación con el inscrito:

## Información para determinar los períodos de inscripción:

**Por lo general, usted puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare solo durante el Período de inscripción anual del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año.** Además, hay excepciones que puedan permitirle inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare fuera del Período de inscripción anual.

Por favor, lea con atención las declaraciones que están a continuación y marque la casilla si la declaración le corresponde a usted. Al marcar una de las siguientes casillas, está certificando que, hasta donde usted sabe, es elegible para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, se le puede dar de baja.

- Soy nuevo en Medicare.
- Me mudé recientemente fuera del área de servicio para mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (escriba la fecha):
- Acabo de ser liberado de prisión. Fui liberado el (escriba la fecha):
- Regresé recientemente a los Estados Unidos después de vivir fuera de los Estados Unidos de manera permanente. Regresé a los Estados Unidos el (escriba la fecha):
- Acabo de obtener la condición de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve esta condición el (escriba la fecha):
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare), u obtengo la Ayuda Extra para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no ha habido ningún cambio.
- Recientemente hubo un cambio en la Ayuda Extra que obtengo para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (obtuve la Ayuda Extra recientemente, hubo un cambio en el nivel de Ayuda Extra o dejé de recibir la Ayuda Extra) el (escriba la fecha):
- Vivo en un centro de cuidado a largo plazo o recientemente me mudé fuera de un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un asilo para ancianos o centro de cuidado a largo plazo). Me mudé/me mudaré a/fuera de la institución el (escriba la fecha):
- Recientemente salí de un programa PACE el (escriba la fecha):
- Recientemente, de manera involuntaria, perdí mi cobertura de medicamentos recetados acreditable (tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (escriba la fecha):
- Voy a dejar la cobertura de mi empleador o sindicato el (escriba la fecha):
- Formo parte de un programa de asistencia de farmacia proporcionado por mi estado.
- Mi plan termina su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero realizar un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir uno diferente. Mi inscripción en dicho plan comenzó el (escriba la fecha):
- Me vi afectado por una emergencia climática o catástrofe, tal como lo declara la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA). Una de las otras declaraciones aquí incluidas aplicaba a mi caso, pero no pude completar la inscripción debido al desastre natural.
- Recientemente hubo un cambio en mi cobertura de Medicaid (obtuve Medicaid recientemente, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de Medicaid) el (escriba la fecha):

MM - DD - AAAA  
M M D D A A A A

MM - DD - AAAA  
M M D D A A A A

MM - DD - AAAA  
M M D D A A A A

MM - DD - AAAA  
M M D D A A A A

MM - DD - AAAA  
M M D D A A A A

MM - DD - AAAA  
M M D D A A A A

MM - DD - AAAA  
M M D D A A A A

MM - DD - AAAA  
M M D D A A A A

MM - DD - AAAA  
M M D D A A A A

MM - DD - AAAA  
M M D D A A A A

MM - DD - AAAA  
M M D D A A A A

MM - DD - AAAA  
M M D D A A A A

Si no está seguro, comuníquese con Mutual of Omaha Rx al 1.800.961.9006 para saber si es elegible para inscribirse. Abrimos entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo de 7 a. m. a 9 p. m., hora del Centro, de lunes a viernes y de 7 a. m. a 7 p. m. los sábados y domingos (excepto durante Acción de Gracias y Navidad). Del 1.º de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 7 a. m. a 5 p. m., hora del Centro, de lunes a viernes (excepto los feriados federales). Los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.584.6939.

## Tabla de primas de Mutual of Omaha Rx 2020:

Región	Área de servicio	Plus	Value
01	ME/NH	\$54.20	\$23.30
02	CT/MA/RI/VT	\$49.30	\$24.10
03	NY	NA	NA
04	NJ	\$56.80	\$24.90
05	DC/DE/MD	\$51.50	\$23.30
06	PA/WV	\$58.20	\$25.40
07	VA	\$55.80	\$25.80
08	NC	\$56.40	\$24.00
09	SC	\$59.10	\$28.30
10	GA	\$57.90	\$26.80
11	FL	\$55.80	\$25.80
12	AL/TN	\$63.00	\$30.10
13	MI	\$52.60	\$22.20
14	OH	\$54.30	\$23.80
15	IN/KY	\$52.90	\$23.50
16	WI	\$61.90	\$26.80
17	IL	\$53.20	\$22.80
18	MO	\$61.20	\$26.30
19	AR	\$62.80	\$29.30
20	MS	\$61.10	\$28.20
21	LA	\$63.90	\$30.90
22	TX	\$52.10	\$22.70
23	OK	\$59.60	\$27.30
24	KS	\$53.50	\$22.10
25	IA/MN/MT/ND/NE/SD/WY	\$58.70	\$24.50
26	NM	\$54.60	\$25.80
27	CO	\$52.50	\$23.30
28	AZ	\$50.80	\$22.10
29	NV	\$48.00	\$21.70
30	OR/WA	\$56.30	\$24.00
31	ID/UT	\$56.70	\$23.90
32	CA	\$51.70	\$23.10
33	HI	\$46.00	\$22.80
34	AK	\$57.60	\$26.80
38	PR	NA	NA

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.800.961.9006 (TTY: 1.800.584.6939).

Mutual of Omaha Rx (PDP) es un plan de medicamentos recetados que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan Mutual of Omaha Rx depende de la renovación del contrato.