

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE PROVIDER PARTNERS HEALTH PLANS

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran unirse a un plan Medicare Advantage Plan.

Para unirse a un plan, debe cumplir con lo siguiente:

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

Importante: Para inscribirse en el plan Medicare Advantage Plan, usted debe tener ambas partes:

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede unirse a un plan en los siguientes momentos:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para tener cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare
- En ciertas situaciones en las que se permite unirse o cambiar de planes

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debe completar todos los elementos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales. No se le puede negar la cobertura porque no los complete.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que los pagos de la prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Provider Partners Health Plans
785 Elkridge Landing Rd
Suite 300
Linthicum Heights MD 21090

Una vez que se procese su solicitud de adhesión, se comunicarán con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Provider Partners Health Plans al 1-800-405-9681. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

In Spanish (en español): Llame a Provider Partners Health Plan al 1-800-405-9681 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

- Si desea unirse un plan pero no cuenta con una residencia permanente, un buzón postal, la dirección de un albergue o clínica, o si la dirección en la que recibe el correo postal (p. ej., los cheques del Seguro Social) se puede considerar su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que se exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-NEW. Se calcula que el tiempo promedio que se requiere para la recopilación de esta información es de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario relacionado con la exactitud del cálculo aproximado de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, diríjase por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún otro elemento con su información personal (como reclamos, pagos, historiales médicos, etc.) a PRA Reports Clearance Office. Se destruirá cualquier artículo que recibamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o su responsabilidad de cobranza (según se indica en la OMB 0938-1378). No se guardará, revisará ni se enviará al plan. Consulte “¿Qué sucede después?” en esta página para enviar su formulario completo al plan.

**Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios
(a menos que estén marcados como opcionales)**

Seleccione el plan al que quiere unirse:
 Provider Partners Missouri Community Plan (H9191-004) \$0.00 al mes
 Provider Partners Pennsylvania Community Plan (H4093-004) \$0.00 al mes
 Provider Partners Maryland Community Plan (H8067-003) \$0.00 al mes
 Provider Partners North Carolina Plan (H4439-002) \$0.00 al mes

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre (opcional): _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): (_ / _ / _)
 Sexo: Masculino Femenino
 Teléfono: (_) _____

Dirección de la residencia permanente (no introduzca un apartado de correos):

Ciudad: _____ Condado (opcional): _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite un apartado postal):

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Su información de Medicare:

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

Responda a estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de Provider Partners Health Plans?

Sí No

Nombre de la otra cobertura: _____ N.º de miembro de esta cobertura: _____ N.º de grupo de esta cobertura: _____

¿Vive en su casa? Sí No

¿El estado donde usted reside ha certificado que necesita el tipo de atención que se proporciona normalmente en un asilo de convalecencia?

Sí No

Nombre de la institución: _____

IMPORTANTE: Lea y firme al pie:

- Debo tener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la médica (Parte B) para permanecer en Provider Partners Health Plans.
- Al unirme a este plan Medicare Advantage, reconozco que Provider Partners Health Plans compartirá mi información con Medicare, quien podrá usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración sobre la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para planes MA PFFS, MA, MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Provider Partners Health Plans, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Provider Partners Health Plans. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por Provider Partners Health Plan y contenidos en el documento “Evidencia de Cobertura” de Provider Partners Health Plan (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni Provider Partners Health Plans pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información de esta solicitud de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si incluyo información falsa intencionalmente en esta solicitud, perderé mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si la firma es de un representante autorizado (según lo descrito anteriormente), certifica lo siguiente:
 - 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para llenar esta solicitud, y
 - 2) la documentación de esta autorización está disponible a solicitud de Medicare.

Firma:**Fecha de hoy:**

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el afiliado:

Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales

Es su elección responder a estas preguntas. No se le puede negar la cobertura porque no los complete.

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- No, no soy de origen hispano, latino o español
 Sí, soy mexicano, mexicano-estadounidense o chicano
 Sí, soy puertorriqueño
 Sí, soy cubano
 Sí, soy de otro origen hispano, latino o español
 Prefiero no responder

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- Indoamericano o nativo de Alaska
 Negro o afroamericano
 Asiático:
 Indio asiático
 Guameño o chamorro
 Chino
 Nativo de Hawái
 Filipino
 Samoano
 Japonés
 De otra Isla del Pacífico
 Coreano
 Blanco
 Vietnamita
 Prefiero no responder
 Otro origen asiático

Seleccione uno si quiere que le enviemos información en otro idioma que no sea inglés. Español

Seleccione uno si quiere que le enviemos información en un formato accesible.

- Braille
 Letra grande
 CD de audio

Comuníquese con Provider Partners Health Plans al 1-800-405-9681 si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado anteriormente. Nuestro horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja? Sí No ¿Trabaja su cónyuge? Sí No

Indique su médico de cuidado primario (Primary Care Provider, PCP), clínica o centro de salud:

Las respuestas a estas preguntas no deben interpretarse como una solicitud de materiales y servicios en un idioma que no sea inglés. Si quisiera obtener asistencia en un idioma alternativo, comuníquese con Servicio al Cliente.

¿Con qué idioma siente más comodidad al comunicarse con su médico clínico o proveedor de atención médica?

- Inglés
 Idioma que no es inglés
 No sé
 Prefiero no responder

¿En qué idioma sentiría más comodidad para leer indicaciones médicas o de atención médica?

- Inglés
 Idioma que no es inglés
 No sé
 Prefiero no responder

¿Cuál es el idioma principal que hablan en su hogar?

- Inglés
 Idioma que no es inglés
 No sé
 Prefiero no responder

DECLARACIÓN SOBRE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. La Sección 1851 de la Ley de Seguridad Social y las partes 422.50 y 422.60 del CFR 42 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en la Notificación del sistema de registro (System of Records Notice, SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", N.º de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Uso exclusivo de la oficina:

Nombre del miembro del personal/agente/corredor (si recibe asistencia en la inscripción):

N.º de ID del plan _____ Fecha de recepción de la solicitud: _____

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No elegible: _____

Si el formulario se completó durante un evento de marketing, coloque la identificación del evento aquí:

Por lo general, puede inscribirse en el plan de Medicare Advantage solamente durante el período de inscripción anual, que va desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que podrían permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a su situación. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, cumple los requisitos 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 (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).
- Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o hace poco me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (escriba la fecha) _____.
- Hace poco tiempo fui liberado tras estar en prisión. Recuperé la libertad el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos. Regresé a los Estados Unidos el (escriba la fecha) _____.
- Hace poco recibí la residencia legal en Estados Unidos. Recibí la residencia el (escriba la fecha) _____.
- Hace poco hubo modificaciones en mi Medicaid (Medicaid nuevo, cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o baja de Medicaid) el (escriba la fecha) _____.
- Hace poco hubo un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar por medicamentos con receta en Medicare (Ayuda Adicional nueva, cambio de nivel de la Ayuda Adicional o Ayuda Adicional cancelada) el (escriba la fecha) _____.
- Tengo tanto Medicare como Medicaid (o el estado me ayuda a pagar por las primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional en el pago de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no han habido cambios.
- Me mudaré a, vivo en o hace poco salí de un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un asilo de convalecencia). Me mudé o mudaré al centro, o me fui o iré del centro el (escriba la fecha) _____.
- Hace poco abandoné un Programa de Cuidado Todo Incluido para Ancianos (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) el (escriba la fecha) _____.
- Hace poco, y de manera involuntaria, perdí la cobertura de medicamentos con receta acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí la cobertura de medicamentos el (escriba la fecha) _____.
- Cancelaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (escriba la fecha) _____.
- Pertenezco al programa de asistencia en farmacia que brinda mi estado.
- Mi plan cancelará su contrato con Medicare, o bien Medicare cancelará su contrato con mi plan.
- Medicare (o el estado) me inscribió en un plan y yo quiero elegir otro plan. Mi inscripción en ese plan comenzó el (escriba la fecha) _____.
- Estaba inscrito en un plan para personas con necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) pero he perdido la calificación como “persona con necesidades especiales” que es necesaria para pertenecer al plan. Mi participación en el SNP se canceló el (escriba la fecha) _____.
- Fui afectado por una emergencia o por un gran desastre, según la definición de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA) o de una entidad del gobierno federal, estatal o local. Una de las afirmaciones aquí incluidas coincidía con mi situación, pero no pude llevar a cabo la solicitud de inscripción debido al desastre.

Si no se identifica con ninguna de estas afirmaciones o no está seguro, comuníquese con Provider Partners Health Plans al 800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si cumple con los requisitos para inscribirse.

Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.