

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](https://www.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:

<input type="checkbox"/> Provider Partners Illinois Advantage Plan (H3800-001) \$32.80 al mes	<input type="checkbox"/> Provider Partners Maryland Advantage Plan (H8067-001) \$41.30 al mes	<input type="checkbox"/> Provider Partners Pennsylvania Advantage Plan (H4093-001) \$40.20 al mes
<input type="checkbox"/> Provider Partners North Carolina Advantage Plan (H4439-001) \$46.90 al mes	<input type="checkbox"/> Provider Partners Missouri Advantage Plan (H9191-001) \$43.70 al mes	<input type="checkbox"/> Provider Partners Texas Advantage Plan (H4054-001) \$28.40 al mes

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

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): (__ / __ / ____)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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:

¿Es residente en un centro de cuidados a largo plazo? Sí No

Si la respuesta es “sí”, indiquenos la siguiente información:

Nombre de la institución:

Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle):

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.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Sí, soy mexicano, mexicano-estadounidense o chicano |
| <input type="checkbox"/> Sí, soy puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Sí, soy cubano |
| <input type="checkbox"/> Sí, soy de otro origen hispano, latino o español | |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | |

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| Asiático: | Nativo americano o de Islas del Pacífico: |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> De otra Isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> 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

Sección 2, continuación: 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.

Pagar las primas de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (inclusive cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda tener) mediante correo o Transferencia Electrónica de Fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) todos los meses. **También puede elegir pagar su prima al hacer que se retire automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) todos los meses.**

Si usted debe pagar el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso de la Parte D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA), será responsable de pagar ese monto adicional, además de la prima de su plan. Por lo general, el monto se descontará de su beneficio del Seguro Social o tal vez reciba una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague la Parte D-IRMAA a Provider Partners Health Plans.

Seleccione una opción de pago de la prima:

Recibir una factura todos los meses

Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta:

Número de ruta bancaria: _____ Número de cuenta bancaria: _____

Tipo de cuenta: De cheques De ahorro

Deducción automática del cheque mensual de beneficios de Seguridad Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(Pueden ser necesarios dos o más meses para que comience la deducción del Seguro Social de Retiro Ferroviario, una vez que el Seguro Social o la RRB hayan aprobado la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción del cheque de beneficios que reciba de estos organismos incluirá todas las primas que adeude desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por las primas de su plan).

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:
