

Prominence
Medicare Advantage

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Prominence Health Plan®

Formulario de solicitud de inscripción para individuos de Texas Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados INSTRUCCIONES PARA LA INSCRIPCIÓN

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que deseen unirse a un plan Medicare Advantage o a un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Para unirse a un plan, debe:

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

Importante: para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener ambas:

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

¿Cuándo uso este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para que la cobertura comience a partir del 1 de enero).
- Dentro de los 3 meses de obtener Medicare por primera vez.
- En ciertas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de plan.

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

¿Qué necesito para completar este formulario?

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

Nota: debe completar todos los puntos de la sección 1. Los puntos de la sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura si no los completa.

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), debe entregar su formulario completo al plan antes del 7 de diciembre.
- Usted recibirá una factura por la prima del plan. Puede optar por registrarse para que los pagos de sus primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucede después?

Envíe el formulario completo y firmado a:

Prominence Health Plan 1510 Meadow Wood Lane Reno, NV 89502

Una vez que procesemos su solicitud para unirse, nos pondremos en contacto con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Prominence Health Plan al 844-574-7747. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a Prominence Health Plan al 844-574-7747 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Según la Ley de Reducción del Papeleo (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder una recopilación de información a menos que en esta figure un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-NEW. El tiempo requerido para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de la información. Si tiene algún comentario con respecto a la exactitud de la estimación del tiempo o alguna sugerencia para mejorar este formulario, escriba 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 documento con su información personal (como reclamos, pagos, historias clínicas, etc.) a la oficina de autorización de informes de la PRA. Cualquier documento que recibamos que no esté relacionado con cómo mejorar este formulario o la carga de la recopilación (como se describe en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede ahora?" en esta página para enviar el formulario completo al plan.

IMPORTANTE: lea y firme a continuación

- Debo conservar tanto la Parte A (hospital) como la Parte B (médica) para permanecer en Prominence Health Plan.
- Al unirme a este plan Medicare Advantage o plan de medicamentos recetados de Medicare, reconozco que Prominence Health Plan compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad abajo).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no hacerlo podría afectar su inscripción en el plan.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi buen saber y entender. Comprendo que, si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se me dará de baja del plan.
- Entiendo que las personas con Medicare, por lo general, no están cubiertas por Medicare mientras se encuentran fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- Entiendo que cuando comienza mi cobertura de Prominence Health Plan, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Prominence Health Plan. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por Prominence Health Plan y que figuren en el documento "Evidencia de cobertura" del Prominence Health Plan (también conocido como contrato del afiliado o acuerdo del suscriptor). Medicare o Prominence Health Plan no pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- 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 está firmada por un representante autorizado (como se indica arriba), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada por la ley del estado para completar esta inscripción; y
 - 2) La documentación de esta autoridad se encuentra disponible si Medicare la solicita.

Firma:	Fecha de hoy: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">D</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">D</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">A</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">A</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">A</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">A</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	M	M	D	D	A	A	A	A								
M	M	D	D	A	A	A	A										

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

Nombre: <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	Número de teléfono: <input style="width: 25%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 25%; height: 20px;" type="text"/>
Dirección: <input style="width: 98%; height: 20px;" type="text"/>	
Relación con el inscrito: <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	



