

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 border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table> | M | M | D | D | A | A | A | A | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| M | M | D | D | A | A | A | A | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | |

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

| | |
|---|---|
| Nombre: <input type="text"/> | Número de teléfono: <input type="text"/> |
| Dirección: <input type="text"/> | |
| Relación con el inscrito: <input type="text"/> | |



Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales

Responder estas preguntas es una elección suya. No se le puede negar la cobertura porque no las responde.

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

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

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

- Indoamericana o nativo de Alaska
- India asiática
- Negra o afroamericana
- China
- Filipina
- Guameña o Chamorro
- Japonesa
- Coreana
- Nativa de Hawái
- Otra raza asiática
- Otra isla del Pacífico
- Samoana
- Vietnamita
- Blanca
- Prefiero no responder.

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en otro idioma que no sea inglés.

- Español escrito
- Español oral
- Vietnamita escrito
- Vietnamita oral

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

- Braille
- Letra de tamaño grande
- CD de audio

Comuníquese con Prominence Health Plan al 855-969-5882 si necesita información en un formato accesible que no sean los indicados anteriormente. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja? Sí No ¿Su cónyuge trabaja? Sí No

¿Es usted residente de un centro de atención de largo plazo, como por ejemplo un asilo de ancianos? Sí NO

Si respondió "sí", proporcione la siguiente información:

| | | |
|---------------------------|----------------------|-----------------------------|
| Nombre de la institución: | Número de teléfono: | Dirección: (Número y calle) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Enumere su clínica, centro de salud o médico de atención primaria (PCP):

| | | |
|----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Nombre: (use las casillas abajo) | Inicial 2.º nombre: | Apellido |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

¿Es usted un afiliado actual de este PCP? Sí NO

COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico.

- Documentos del plan requeridos: por ejemplo, el Aviso anual de cambio.

Dirección de correo electrónico:

También podemos enviar comunicaciones sobre la administración de la atención o información de salud y bienestar por mensajes de texto.

- Marque aquí si prefiere que no le enviemos mensajes de texto.
- Marque aquí si acepta recibir mensajes de mercadeo, tales como información de beneficios, nuevos servicios o invitaciones a los eventos para miembros en su área.

CÓMO PAGAR LAS PRIMAS DE SU PLAN

Puede pagar las primas mensuales del plan (su plan no tiene primas mensuales), incluidas las multas por inscripción tardía que tenga actualmente o que pueda adeudar por correo postal o por transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) cada mes. También puede optar por pagar su multa por inscripción tardía solicitando que se la deduzca automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) cada mes.

Si debe pagar un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA de la Parte D), debe pagar este importe adicional además de la prima del plan (su plan no tiene primas mensuales). Por lo general, el monto se deduce de su beneficio del Seguro Social, o puede recibir una factura de Medicare o de la RRB. NO le pague a Prominence Health Plan el IRMAA de la Parte D.

DECLARACIÓN DE 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 los planes Medicare Advantage (MA) o de medicamentos recetados (Prescription Drug Plans, PDP), mejorar la atención y pagar los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar la información de inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Sistema N.º 09-70-0588 "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)" del Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN). Responder este formulario es un acto voluntario. Sin embargo, no hacerlo podría afectar su inscripción en el plan.

PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE:

Nombre del miembro del personal/agente/promotor (si recibió ayuda con la inscripción):

Nombre

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Apellido

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Núm. de ID del agente:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Firma: _____

Núm. de ID del plan:

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: (M M /D D/ A A A A)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Tipo de elección: ICEP/IEP AEP MA OEP SEP (TIPO)

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 No elegible

Seguro actual: _____

TR K-1 Derivación del proveedor Derivación del afiliado Sitio web de la compañía Medios (TV, anuncio publicitario, revista)
 Correo directo Evento de la comunidad local Boca en boca

Núm. de confirmación de la solicitud en línea/telefónica

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Fecha de recepción:

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que le permiten inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea con atención las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación corresponde a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas usted certifica que, a su buen saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información no es correcta, es posible que se anule su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP)
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (MM-DD-AAAA)
- Acabo de salir de la cárcel. Me liberaron el (MM-DD-AAAA)
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. Regresé a los Estados Unidos el (MM-DD-AAAA)
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (MM-DD-AAAA)
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid hace poco, tuve un cambio de nivel en la asistencia de Medicaid o perdí Medicaid el (MM-DD-AAAA)
- Recientemente tuve un cambio en mi ayuda adicional para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (obtuve ayuda adicional por primera vez, tuve un cambio en el nivel de ayuda adicional, o perdí la ayuda adicional (MM-DD-AAAA)
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) u obtengo ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me estoy mudando a, vivo en o acabo de salir de un centro de atención de largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención de largo plazo). Me mudé o me mudaré de/hacia ese centro el (MM-DD-AAAA)
- Recientemente dejé un programa PACE el (MM-DD-AAAA)
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable para medicamentos recetados (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (MM-DD-AAAA)
- Voy a dejar la cobertura del empleador o sindical el (MM-DD-AAAA)
- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia proporcionado por mi estado.
- Mi plan termina su contrato con Medicare o Medicare termina su contrato con mi plan.
- Quiero elegir un plan diferente al que estaba inscrito por Medicare (o mi estado). Mi inscripción en ese plan comenzó el (MM-DD-AAAA)
- Estuve inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP), pero ya no califico para las necesidades especiales requeridas para pertenecer a ese plan. Se anuló mi inscripción en el SNP el (MM-DD-AAAA)
- Me he visto afectado por una emergencia meteorológica o un desastre importante (según lo declarado por la Agencia Federal para la Gestión de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA). Alguna de las afirmaciones contenidas aquí se aplicaban a mí, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguna de estas afirmaciones corresponde a su caso o no está seguro, comuníquese con Prominence Health Plan al 855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si califica para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|---|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| APELLIDO del inscrito: (use las casillas abajo) | Nombre: | Inicial 2.º nombre: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Núm. de Medicare <input style="width: 100px;" type="text"/> | Fecha de entrada vigencia: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="0" style="font-size: small;"> <tr> <td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table> | M | M | D | D | A | A | A | A | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| M | M | D | D | A | A | A | A | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |