

# *Formulario de inscripción*

## **Plan Prominence Health (HMO)**

### **Formulario de solicitud de inscripción individual de Texas**

#### **Medicare Advantage con cobertura de medicamentos controlados**

#### **INSTRUCCIONES PARA LA INSCRIPCIÓN**

Se deben completar los siguientes pasos para hacerse miembro de Prominence Health Plan.

Prominence Health Plan es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Prominence Health Plan depende de la renovación del contrato.

1. Por favor llene el formulario en su totalidad de manera legible y precisa. Su información de Medicare debe llenarse exactamente como aparece en su tarjeta de Medicare.
2. Elija su plan. Cada área tiene una opción de plan: El plan Plus con la opción de comprar un paquete complementario opcional para cobertura dental integral. Asegúrese de seleccionar el plan que desea en el área en que vive.
3. Asegúrese de leer cada artículo con cuidado para que usted comprenda completamente la información.
4. Usted debe firmar y poner la fecha en el formulario de inscripción.

**Para obtener ayuda sobre la inscripción o para resolver dudas,**

**llame al: 1-833-388-4747**

**TTY: 711**

<b>Fechas</b>	<b>Días</b>	<b>Horas</b>
Del 1 de octubre al 14 de febrero	7 días de la semana	8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Del 15 de febrero al 30 de septiembre	Lunes a viernes	8:00 a.m. a 8:00 p.m.

**ProminenceMedicare.com**

Por favor tome en cuenta que Prominence Health Plan no puede considerar esta solicitud como "completa" hasta que su elegibilidad para Medicare parte A y la inscripción en la parte B de Medicare hayan sido confirmadas.

Prominence Health Plan • 1510 Meadow Wood Lane • Reno, NV 89502-9905 • Fax: 775-770-9144

**Por favor comuníquese con Prominence Health Plan si necesita información en otro idioma o formato (Braille)**

**Para inscribirse en Prominence Health Plan, favor de proporcionar la siguiente información**

**Favor de marcar el plan en el que desea inscribirse:**

**Prominence Plus HMO H7680, Plan 001: \$0 por mes**

**Condados de Texas:** Cooke, Deaf Smith, Fannin, Gray, Grayson, Moore, Potter y Randall

**Beneficio complementario opcional (Dental)** Condados de Texas:

Cooke, Deaf Smith, Fannin, Gray, Grayson, Moore, Potter y Randall

Agregue \$23.00 por mes para incluir cobertura dental integral de hasta \$1,000 con un deducible de \$50

**Prominence Plus HMO H7680, Plan 002: \$0 por mes**

**Condados de Texas:** Brooks, Hidalgo y Starr

**Beneficio complementario opcional (Dental)**

**Condados de Texas:** Brooks, Hidalgo y Starr

Agregue \$22.00 por mes para incluir cobertura dental integral de hasta \$1,000 con un deducible de \$50

Apellido: (usar los recuadros inferiores)  Sr.  Sra.  Srta. Nombre: (usar los recuadros inferiores) 2° nombre:

[Grid of boxes for last name and first name]

Fecha de nacimiento: M M D D A A A A Sexo:  M  F

Número de teléfono de casa: [Grid of boxes]

Número de teléfono alterno: (opcional) [Grid of boxes]

Dirección 1 de residencia permanente: (No se permite apartado postal)

[Grid of boxes for street number, street name, and lot/departamento]

Ciudad: [Grid of boxes] Estado: [Grid of boxes] Código Postal: [Grid of boxes]

Condado: [Grid of boxes]

Dirección postal (sólo si es diferente a su dirección residencial permanente):

[Grid of boxes for postal address: number, name, lot/departamento]

Ciudad: [Grid of boxes] Estado: [Grid of boxes] Código Postal: [Grid of boxes]

Contacto de emergencia: (opcional)

Nombre: [Grid of boxes] 2° nombre [Grid of boxes] Apellido: [Grid of boxes]

Número de teléfono: [Grid of boxes] Relación que tiene con usted: [Grid of boxes]

Correo electrónico: (opcional) [Grid of boxes]

**Proporcione la información de su seguro médico con Medicare**

Saque su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

- Llene esta información exactamente como aparece en su tarjeta de Medicare
- 0 -
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o la Tarjeta de Jubilación para Ferroviarios.

Nombre: (como aparece en su tarjeta de Medicare) [Grid of boxes]

Número de Medicare: [Grid of boxes]

Fecha de vigencia: Con derecho a: M M D D A A A A [Grid of boxes]

**HOSPITAL** (Parte A) [Grid of boxes] **MÉDICO** (parte B) [Grid of boxes]

Usted debe tener Medicare parte A y parte B para inscribirse en un plan de Medicare Advantage.

## Pago de su prima del plan

**Puede pagar su prima mensual del plan (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda deber) por correo o por transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés) cada mes. Usted puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda adeudar) por correo postal cada mes.**

**Si se determina que usted tiene un ingreso de la parte D relacionado con el Monto Mensual de Ajuste, se le notificará a través de la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de su prima del plan. Se le descontará esa cantidad de su cheque de beneficios del Seguro Social o será cobrada directamente por Medicare o el RRB. NO pague la parte D-IRMAA a Prominence Health Plan.**

Las personas con ingresos escasos pueden calificar para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos controlados. Si es elegible, Medicare puede pagar el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluyendo las primas mensuales de medicamentos controlados, deducibles anuales y coaseguro. Además, las personas que califican no estarán sujetas a períodos sin cobertura ni a una multa de inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos descuentos y ni siquiera lo saben. Para más información sobre esta ayuda adicional, contacte a su Oficina de Seguridad Social local o llame a la Seguridad Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar ayuda adicional en línea en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si usted califica para recibir ayuda adicional para los costos de su cobertura de medicamentos controlados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de su prima del plan.

Si Medicare paga únicamente una parte de la prima, nosotros le cobraremos a usted la cantidad que Medicare no cubre.

Si usted no elige ninguna opción de pago, usted recibirá una factura cada mes.

### Por favor seleccione una opción de pago de la prima:

- Recibir una factura.
- Transferencia de fondos electrónica (EFT siglas en inglés) desde su cuenta bancaria mensualmente. Por favor incluya un cheque SIN VALIDEZ o proporcione lo siguiente:
- Nombre del titular de la cuenta:
- Número de ruta bancario: \_\_\_\_\_
- Número de cuenta bancaria:
- Tipo de cuenta bancaria:  De cheques  De ahorros
- Deducción automática mensual de su: Cheque de prestaciones del Seguro Social o de la Pensión de Jubilados Ferroviarios (RRB).  
Obtengo prestaciones mensuales de:  Seguridad Social  RRB

(El descuento del Seguro Social/RRB puede tardarse dos o más meses en iniciar después de que el Seguro Social o RRB aprueben el descuento. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o RRB acepta su solicitud de descuento automático, el primer descuento de su cheque de beneficios del Seguro Social o RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigor de la inscripción hasta el punto en que comienza la retención. Si el Seguro Social o RRB no aprueba su solicitud de descuento automático, le enviaremos una factura en papel para pagar sus primas mensuales).

**Sírvase leer y responder estas preguntas importantes:**

1. ¿Padece una enfermedad renal en fase terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)?  SÍ  NO  
 Si usted ha tenido un trasplante de riñón exitoso y/o si usted ya no necesita recibir diálisis regularmente, **adjunte una nota o los registros** de su médico que muestren que ha tenido un trasplante de riñón exitoso o que usted no necesita diálisis, de otro modo podríamos necesitar comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. Algunas personas podrían tener otra cobertura de medicamentos, incluyendo otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de la salud de los empleados federales, beneficios VA o programas de asistencia farmacéutica del estado.  
 ¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos controlados además de la de Prominence Health Plan?  SÍ  NO  
 Si su respuesta es "sí", liste su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación (ID) de esta cobertura:  
 Nombre de la otra cobertura:   
 # de ID de esta cobertura:  # de grupo de esta cobertura:

3. ¿Es usted un residente en un centro de cuidado a largo plazo, como un asilo de ancianos?  SÍ  NO  
 Si respondió "sí", proporcione la siguiente información:  
 Nombre de la institución:  Número de teléfono:  Dirección: (Número y calle)

4. ¿Está usted inscrito en el programa de Medicaid de su estado?  SÍ  NO  
 Si respondió "sí", proporcione su número de Medicaid:

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan?  SÍ  NO

**Por favor elija el NOMBRE de un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), clínica o centro de salud:**

Nombre: (usar los recuadros inferiores)  2º nombre:  Apellido:   
 ¿Actualmente es usted miembro de este PCP?  SÍ  NO

**Marque una de las siguientes opciones si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en otro formato:**

Español  Vietnamita  Letra grande  
 Comuníquese con Prominence Health Plan al 1-855-969-5882 si necesita información en un formato o idioma diferente a los listados anteriormente. Estamos abiertos de 8:00 a 20:00 hrs., los siete días de la semana del 1º de octubre al 14 de febrero, y de lunes a viernes del 15 de febrero al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

**Favor de leer esta información importante** 

**Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, inscribirse en Prominence Health Plan podría afectar los beneficios de salud de su empleador o sindicato.** Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato, si usted se inscribe en Prominence Health Plan. Lea las notificaciones que su empleador o sindicato le envíe. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web, o comuníquese con la oficina que se indica en esas notificaciones. Si no tienen información sobre a quién contactar, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura le pueden ayudar.



**SÓLO PARA USO INTERNO:**

Nombre del miembro/agente/intermediario del personal (si ayudó en la inscripción):

Nombre	Apellido	# de ID del agente:
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Firma: \_\_\_\_\_

# de ID del plan:

Fecha de entrada en vigor de la cobertura: ( M M /D D/ AAAA )

Tipo de elección:  ICEP/IEP  AEP  SEP (TYPE)  No elegible

Seguro actual: \_\_\_\_\_

- TR K-1**  Referencia por el proveedor     Referencia por el miembro     Sitio web de la compañía  
 Medios de comunicación (TV, anuncio en el periódico, revista)     Directamente por correo  
 Evento comunitario local     Comunicación personal

Número de confirmación de la solicitud en línea/por teléfono

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

**Por lo general, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage únicamente durante el período de inscripción anual, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.** Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes declaraciones detenidamente y marque la casilla si la declaración aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su mejor entender, es elegible para un Período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información no es correcta, se podría cancelar 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
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (MM-DD-AAAA)
- Recientemente me liberaron de la prisión. Me liberaron el (MM-DD-AAAA)
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (MM-DD-AAAA)
- Recientemente obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (MM-DD-AAAA)
- Recientemente tuve un cambio en mi cobertura de Medicaid (recién obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid el (MM-DD-AAAA)
- Recientemente tuve un cambio en el pago de Ayuda adicional para cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente obtuve Ayuda adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el (MM-DD-AAAA)
- Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) u obtuve Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- Me estoy mudando a, vivo en, o recientemente me mudé a un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/Me mudará de/desde el centro el (MM-DD-AAAA)
- Recientemente dejé el programa PACE, el (MM-DD-AAAA)
- Recientemente perdí de forma involuntaria mi cobertura de medicamentos recetados acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura el (MM-DD-AAAA)
- Estoy abandonando mi cobertura de un empleador o sindicato el (MM-DD-AAAA)
- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia proporcionado por mi estado.
- Mi plan está finalizando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o mi estado) y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (MM-DD-AAAA)
- Estaba inscrito en un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) pero ya no cumpla con los requisitos de necesidades especiales para estar en ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (MM-DD-AAAA)
- Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o catástrofe grave (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias. Una de las otras declaraciones de aquí aplica a mí, pero no pude inscribirme debido a la catástrofe natural.

Si ninguna de estas declaraciones aplica a usted o no está seguro, comuníquese con Prominence Health Plan al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si es elegible para inscribirse. Estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1.º de abril al 30 de septiembre.

#### SÓLO PARA USO INTERNO:

Apellido de la persona inscrita: (usar los recuadros inferiores)	Nombre:	2º nombre:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MMDDAAAA		
# de reclamación de Medicare <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Fecha de entrada en vigor: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	