Prominence®
Health Plan

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Prominence Health Plan Formulario de solicitud de inscripción individual de Texas

Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados

INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN

Se deben completar los siguientes pasos para ser miembro de Prominence Health Plan. Prominence Health Plan es un plan de HMO, HMO-POS con un contrato con Medicare. La inscripción en Prominence Health Plan depende de la renovación del contrato.

1. Complete todo el formulario de manera legible y exacta. Su información de Medicare debe completarse exactamente como figura en su tarjeta de Medicare.
2. Elija su plan. Cada área tiene una opción de plan: Prominence Plus (HMO-POS). Asegúrese de seleccionar el plan que desea en el área donde vive.
3. Asegúrese de leer con atención cada punto para que pueda comprender la información por completo.
4. Debe firmar y fechar el formulario de inscripción.

Para obtener asistencia o realizar consultas sobre la inscripción
Llame al 1-833-472-7274
TTY: 711

Fechas	Días	Horas
1 de octubre al 31 de marzo	7 días a la semana	8 a.m. a 8 p.m.
1 de abril al 30 de septiembre	Lunes a viernes	8 a.m. a 8 p.m.

ProminenceMedicare.com

Tenga en cuenta que Prominence Health Plan no puede considerar completa esta aplicación hasta que se haya confirmado su elegibilidad para Medicare Parte A y su inscripción en Medicare Parte B.

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

Y0109_TXEF20 SP_C CMS Accepted

Comuníquese con Prominence Health Plan si desea obtener información en otro idioma o formato (braille).

Para inscribirse en Prominence Health Plan, proporcione la siguiente información

Verifique en qué plan desea inscribirse:

❑ **Prominence Plus (HMO-POS) H7680, Plan 001: $0 por mes**
Texas Condados: Cooke, Deaf Smith, Fannin, Gray, Grayson, Moore, Potter y Randall

❑ **Prominence Plus (HMO-POS) H7680, Plan 002: $0 por mes**
Texas Condados: : Brooks, Hidalgo y Starr

Apellido: ❑ Sr. ❑ Sra. ❑ Srta.
(utilice las casillas a continuación)

Nombre:
(utilice las casillas a continuación)

Inicial del segundo nombre:

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

N.° de teléfono fijo:

N.° de teléfono alternativo: (opcional)

Dirección de residencia permanente 1:
(no se permite apartado de correo)

Número de calle Nombre de calle Lote/departamento

Ciudad: Estado: Código postal:

Condado:

Dirección de correo (únicamente si difiere de su dirección de residencia permanente):

Número de calle Nombre de calle Lote/departamento

Ciudad: Estado: Código postal:

Contacto de emergencia: (opcional)

Nombre: Inicial del segundo nombre: Apellido:

N.° de teléfono: Relación:

Dirección de correo electrónico: ((opcional)

Proporcione su información del seguro de Medicare

Tenga a mano su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para completar esta sección.

- Complete esta información como aparece en su tarjeta de Medicare

- 0 -

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta de Social Security o la Railroad Retirement Board.

Nombre: (como aparece en su tarjeta de Medicare)

Número de Medicare:

Fecha de entrada en vigencia:

tiene derecho a D D M M A A A A

HOSPITAL (Parte A)

MÉDICO (Parte B)

Debe contar con Medicare Parte A y Parte B para unirse a un plan de Medicare Advantage.

Pago de la prima de su plan

Si determinamos que usted debe una sanción por inscripción tardía (o si actualmente tiene una sanción por inscripción tardía), debemos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo todos los meses. También puede elegir pagar su prima mediante una deducción automática del cheque de beneficios de su Social Security o la Railroad Retirement Board (RRB) todos los meses.

Si se le asigna un monto de ajuste mensual por ingresos (IRMAA) de la Parte D, recibirá una notificación de la Social Security Administration. Tendrá la responsabilidad de pagar este monto adicional a la prima de su plan. Se le retendrá el monto del cheque de beneficios de su Social Security o recibirá una factura directamente de Medicare o la RRB. NO le pague a Prominence Health Plan el IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados pueden cumplir los requisitos para obtener Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos recetados. En el caso de ser elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de su medicamento, incluidas las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que cumplen con los requisitos no estarán sujetos a la brecha de cobertura ni a sanciones por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para obtener estos descuentos y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda adicional, comuníquese con la oficina local de su Social Security, o llame al Social Security al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar la Ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si cumple con los requisitos para obtener Ayuda adicional para los costos de cobertura de Medicare para sus medicamentos recetados, Medicare pagará todo o una parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no le cubre.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Seleccione una opción de pago de primas:

❑ Recibir una factura.

❑ Deducción automática del cheque de beneficio mensual de su Social Security o la Railroad Retirement Board (RRB).
Obtengo beneficios mensuales de: ❑ Social Security ❑ RRB

En la mayoría de los casos, si el Social Security o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción del cheque de beneficio de su Social Security o la RRB incluirá todas las primas vencidas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el punto en que comienza la retención. Si el Social Security o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa de sus primas mensuales).

Lea y conteste las siguientes preguntas importantes:

1. ¿Tiene insuficiencia renal terminal (ESRD) ❑ SÍ ❑ NO

Si ha tenido un trasplante renal eficaz o ya no necesita diálisis periódica, adjunte una nota o un historial de parte de su médico donde se muestre que ha tenido un trasplante renal eficaz o que ya no necesita diálisis; de otro modo, es posible que nos comuniquemos con usted para obtener información adicional.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, que puede ser otro seguro privado, TRICARE®, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de VA, o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados además de Prominence Health Plan? ❑ SÍ ❑ NO

En caso afirmativo, mencione la otra cobertura y su número de identificación para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura:

N.º de ID para esta cobertura:

N.º de grupo para esta cobertura:

3. ¿Reside en una institución de cuidado a largo plazo, como un hogar de ancianos? ❑ SÍ ❑ NO

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: N.º de teléfono: Dirección: (Número y calle)

4. ¿Está inscrito en un programa de Medicaid de su estado? ❑ SÍ ❑ NO

En caso afirmativo, proporcione su número de Medicaid:

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan? ❑ SÍ ❑ NO

Seleccione el NOMBRE de una clínica, un centro de salud o un médico de atención primaria (PCP):

Nombre: (utilice las casillas a continuación) Inicial del segundo nombre: Apellido:

¿Es usted un miembro actual de este PCP? ❑ SÍ ❑ NO

Seleccione una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible:

❑ Español ❑ Vietnamita ❑ Tamaño de letra grande

Comuníquese con Prominence Health Plan al 1-855-969-5882 si necesita información en un formato accesible o en un idioma que no se haya mencionado anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., siete días a 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Lea esta información importante

STOP

Si actualmente cuenta con una cobertura de salud de un empleador o sindicato, unirse a Prominence Health Plan podría afectar los beneficios de salud que tiene con su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se une a Prominence Health Plan. Lea las comunicaciones que el empleador o sindicato le envían. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o comuníquese con la oficina mencionada en sus comunicaciones. Si no hay información sobre con quién debe comunicarse, el administrador de beneficios o la oficina que responde las preguntas sobre coberturas podrán ayudarlo.

Lea y firme a continuación

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Prominence Health Plan es un plan de Medicare Advantage y tiene contrato con el Gobierno federal. Deberé mantener mi Medicare Partes A y B. Únicamente puedo estar en un plan de Medicare Advantage a la vez y comprendo que mi inscripción en este plan automáticamente finalizará mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o que pueda obtener en el futuro. Por lo general, la inscripción en este plan dura todo el año. Una vez que me inscriba, puedo abandonar este plan o realizar cambios únicamente en ciertos momentos del año cuando esté disponible un período de inscripción (Ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o en ciertas circunstancias especiales.

Prominence Health Plan presta servicios a un área de servicio específica. Si me mudo del área en que Prominence Health Plan presta servicios, debo notificar al plan para poder cancelar la inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de Prominence Health Plan, tengo el derecho de apelar decisiones del plan sobre pagos o servicios con los que no estoy de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de cobertura de Prominence Health Plan cuando lo reciba para saber qué reglas debo seguir para obtener cobertura con este plan de Medicare Advantage. Comprendo que las personas con Medicare generalmente no tienen cobertura de Medicare cuando se encuentran fuera del país, excepto por cobertura limitada cerca de la frontera estadounidense.

Comprendo que desde la fecha en que comienza la cobertura de Prominence Health Plan, siempre debo obtener atención médica de Prominence Health Plan, excepto por servicios de emergencia o urgencia, o servicios de diálisis fuera del área. Estarán cubiertos los servicios autorizados por Prominence Health Plan y otros servicios dentro del documento de Evidencia de cobertura de mi Prominence Health Plan (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI Prominence Health Plan PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Comprendo que si obtengo ayuda de un corredor, un agente de ventas u otra persona empleada o contratada por Prominence Health Plan, esta persona puede cobrar en función de mi inscripción en Prominence Health Plan.

Divulgación de información: al unirme a este plan de salud de Medicare, reconozco que Prominence Health Plan divulgará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para el tratamiento, el pago y los procedimientos de atención médica. También reconozco que Prominence Health Plan divulgará mi información, incluidos mis datos de medicamentos recetados, a Medicare, que podrá divulgarla con fines de investigación y otros fines que cumplan todas las leyes y regulaciones federales aplicables. La información dentro de este formulario de inscripción es correcta, a mi leal saber y entender. Comprendo que si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendo los contenidos de esta solicitud. En caso de estar firmado por una persona autorizada (según lo descrito anteriormente), esta firma significa que 1) esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal a completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad está disponible ante la solicitud de Medicare.

Firma:	Fecha de hoy: D D M M Y Y Y Y

Si usted es un representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____ **N.º de teléfono:** _____

Dirección: _____

Relación con el afiliado: _____

OFFICE USE ONLY:

Name of staff member/agent/broker (if assisted in enrollment):

First | Last | Agent ID#:

Signature: _____

Plan ID#:

Effective Date of Coverage: (M M /D D/ Y Y Y Y)

Election Type: ❑ ICEP/IEP ❑ AEP ❑ MA OEP ❑ SEP (TYPE) ❑ Not Eligible

Current Insurance: _____

TR K-1 ❑ Referral by Provider ❑ Referral by Member ❑ Company Website ❑ Media (TV, News Ad, Mag) ❑ Direct Mail ❑ Local Community Event ❑ Word of Mouth

Online/Telephonic Application Confirmation #

Date Received:

Prominence® Health Plan

Información para incluir en el Mecanismo de inscripción

DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN

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

Lea con atención las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación se aplica en su caso. Si marca alguna de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un Período de inscripción. Si luego determinamos que esta información no es correcta, es posible que cancelemos su inscripción.

- ❑ Soy nuevo en Medicare.
- ❑ Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de inscripción abierta Medicare Advantage (OEP de MA).
- ❑ 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 (DD-MM - YYYY) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
- ❑ Hace poco me liberaron de prisión. Me liberaron el (MM-DD - YYYY) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
- ❑ Hace poco regresé a Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de EE. UU. Regresé a EE. UU. el (DD-MM - YYYY) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
- ❑ Hace poco obtuve el estado de presencia legal en Estados Unidos. Obtuve este estado el (DD-MM - YYYY) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
- ❑ Hace poco realicé un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid recientemente, obtuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid, o perdí Medicaid) el (DD-MM - YYYY) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
- ❑ Hace poco realicé un cambio en mi Ayuda adicional que paga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (obtuve Ayuda adicional recientemente, obtuve un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el (DD-MM - YYYY) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
- ❑ Tengo tanto Medicare como Medicaid (o el estado me ayuda a pagar las primas de mi Medicare) u obtengo Ayuda adicional que paga mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he realizado un cambio.
- ❑ Me voy a mudar a una institución de cuidado a largo plazo, vivo allí o hace poco me mudé de allí (por ejemplo, un hogar de ancianos o una institución de cuidado a largo plazo). Me mudé/me mudaré a la institución o me mudé/me mudaré de esta el (DD-MM - YYYY) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
- ❑ Hace poco abandoné un programa de PACE el (DD-MM - YYYY) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
- ❑ Hace poco perdí sin querer mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare's). Perdí mi cobertura de medicamentos el (DD-MM - YYYY) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
- ❑ Abandonaré la cobertura del empleador o sindicato el (DD-MM - YYYY) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
- ❑ Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- ❑ Mi plan finaliza su contrato con Medicare, o Medicare finaliza su contrato con mi plan.
- ❑ Estaba inscrito en un plan de Medicare (o mi estado) y deseo seleccionar un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (DD-MM - YYYY) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
- ❑ Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP), pero ya no cumplo con los requisitos de necesidades especiales para estar en ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (DD-MM - YYYY) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
- ❑ Me vi afectado por una emergencia climática o un desastre grave (según lo declarado por la Federal Emergency Management Agency (FEMA)). Una de las otras afirmaciones se aplicaba en mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica en su caso o si no está seguro, comuníquese con Prominence Health Plan al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si es elegible para inscribirse. Atendemos de 8 a. m. a 8 p. m., siete días a 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.

OFFICE USE ONLY:

Enrollee's LAST Name: (use boxes below) FIRST Name: MI:

Medicare # ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Effective Date: M M ☐☐ D D ☐☐ Y Y Y Y ☐☐☐☐