

FORMULARIO DE AFILIACIÓN

Prominence Health Plan

Formulario individual de pedido de afiliación de Nevada

Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados

INSTRUCCIONES DE AFILIACIÓN

¿Quién puede utilizar este formulario?

Las personas con Medicare que deseen afiliarse a un plan Medicare Advantage o un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Para afiliarse a un plan, debe:

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

Importante: Para afiliarse a un plan de Medicare Advantage, debe tener:

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

¿Cuándo se debe utilizar este formulario?

Puede afiliarse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para que la cobertura entre en vigencia el 1 de enero).
- Dentro de los tres meses de obtener primero Medicare.
- En ciertas situaciones en las cuales está permitido afiliarse o cambiar planes.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para conocer más sobre cuándo se puede inscribir a un plan.

¿Qué se necesita para completar este formulario?

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

Nota: Debe completar todos los puntos de la sección 1. Los puntos de la sección 2 son opcionales, no le pueden negar la cobertura porque no los completó.

Recordatorios:

- Si desea afiliarse a un plan durante la inscripción de otoño (15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- El plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que sus pagos de la prima se debiten de su cuenta del banco o del beneficio mensual de Seguridad social (o Junta de retiro del ferrocarril).

¿Qué ocurre después?

Envíe el formulario completo y firmado a:

Prominence Health Plan
1510 Meadow Wood Lane
Reno, NV 89502

Una vez que procesemos su solicitud de afiliación, nos comunicaremos con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda con el formulario?

Llame a Prominence Health Plan al 800-770-1732. Los usuarios de TTY deben 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 al plan de salud Prominence al 800-770-1732 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

De acuerdo a la ley de Reducción de trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder un conjunto de información a menos que muestre un número de control válido de OMB. El número de control válido de OMB para este conjunto de información es 0938-NEW. El tiempo necesario para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de información existente, y completar y revisar el conjunto de información. Si tiene algún comentario con respecto a la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar el 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 artículo con información personal (reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a PRA Reports Clearance Office. Se destruirá cualquier artículo que recibamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en OMB 0938-1378). No se guardará, revisará ni pasará al plan. Vea la sección "¿Qué ocurre después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Sección 1: es necesario completar todas las áreas de esta página (a menos que se marquen como opcional).

Seleccione el plan al cual quiere afiliarse.

- Prominence Plus (HMO) H5945, Plan 001: \$0 por mes** | Condados de Nevada: Carson City, Churchill, Douglas, Lyon y Storey
- Prominence Plus (HMO) H5945, Plan 002: \$0 por mes** | Condados de Nevada: Washoe

NOMBRE: (use los siguientes casilleros) APELLIDO: (use los siguientes casilleros) MI: (opcional)

--	--	--

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

Número de teléfono: [][][] [][][] [][][][]
 Marque si este es un teléfono celular (opcional)

Número de teléfono alternativo: [][][] [][][] [][][][]
 Marque si este es un teléfono celular (opcional)

Dirección de residencia permanente:
(No ingrese una casilla de correo)

Número de calle	Nombre de la calle	Lote o departamento

Ciudad: Estado: [][] Código postal: [][][][]

Condado:

Dirección de correo solo si es diferente a su dirección permanente (puede ser una casilla de correo):

Número de calle	Nombre de la calle	Lote o departamento

Ciudad: Estado: [][] Código postal: [][][][]

Su información de Medicare

Número de Medicare [][][][] - [][][] - [][][][]

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá alguna otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE®) aparte de Prominence Health Plan? SÍ NO

Nombre de la otra cobertura:

Número de afiliado para esta cobertura:	Número de grupo para esta cobertura:

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener el seguro de hospital (Parte A) y el seguro médico (Parte B) para permanecer en Prominence Health Plan.
- Al afiliarme a este plan Medicare Advantage o al plan de medicamentos recetados de Medicare, reconozco que Prominence Health Plan compartirá mi información con Medicare, que podrá utilizarlo para monitorear mi afiliación, para hacer pagos y por otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (vea la Declaración de la ley de privacidad a continuación).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, en caso de no responder su afiliación al plan se puede ver afectada.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono información falsa en este formulario intencionalmente, se me desafiliará del plan.
- Entiendo que las personas con Medicare no están cubiertas por Medicare mientras se encuentren fuera del país, excepto por cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- Entiendo que cuando comience la cobertura de mi Prominence Health Plan, debo recibir todos los beneficios médicos y de medicamentos recetados de Prominence Health Plan. Estarán cubiertos los servicios autorizados por Prominence Health Plan y otros servicios incluidos en el documento de "Evidencia de Cobertura" (también conocido como contrato de miembros o acuerdo de suscriptor) de Prominence Health Plan. Ni Medicare ni Prominence Health Plan pagarán por beneficios y servicios que no se cubren.
- 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 que comprendo el contenido de esta solicitud. Si firma una persona autorizada (como se describió anteriormente), la firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada bajo la ley del estado a completar esta afiliación por mí; y
 - 2) La documentación de esta autorización está disponible si Medicare lo solicita.

Firma:	Fecha de hoy: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 0 5px;">M</td><td style="padding: 0 5px;">M</td><td style="padding: 0 5px;">D</td><td style="padding: 0 5px;">D</td><td style="padding: 0 5px;">A</td><td style="padding: 0 5px;">A</td><td style="padding: 0 5px;">A</td><td style="padding: 0 5px;">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: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Dirección: <input style="width: 99%; height: 20px;" type="text"/>	
Relación con el afiliado: <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	

Sección 2: todas las áreas son opcionales.

Es su elección responder estas preguntas. No se le puede negar la cobertura por no completarlas.

Seleccione una si desea que le enviemos información en otro idioma distinto al inglés.

Español escrito Español oral Tagalo escrito Tagalo oral

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

Braille Letra grande CD con audio

Póngase en contacto con Prominence Health Plan al 855-969-5882 si necesita información en un formato accesible o idioma que no figura en la lista anterior. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 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 deben llamar al 711.

¿Usted trabaja? Sí No ¿Su cónyuge trabaja? Sí No

3. ¿Es un residente en una institución de cuidado a largo plazo, como una residencia de ancianos? Sí NO

Si marcó "sí", brinde la siguiente información:

Nombre de la institución:

Número de teléfono:

Dirección: (Número y calle)

4. ¿Está afiliado al programa Medicaid de su estado? Sí NO

Si es así, brinde el número de Medicaid:

Brinde detalles de su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), clínica o centro de salud:

NOMBRE: (use los siguientes casilleros)

MI:

APELLIDO:

¿Es un afiliado actual a este PCP? Sí NO

COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico.

Documentos que requiere el plan: Por ejemplo, la Notificación anual de cambio.

Dirección de correo electrónico:

También le podremos enviar comunicaciones relacionadas con la información sobre gestión de la atención o la salud y el bienestar a través de mensajes de texto.

Marque aquí si prefiere no recibir mensajes de texto.

Marque aquí si está de acuerdo con recibir mensajes de mercadeo, como información de beneficios, nuevos servicios o invitaciones a eventos para afiliados en su área.

PAGO DE LAS PRIMAS DE SU PLAN.

Puede pagar cualquier prima mensual de su plan (su plan no tiene una prima mensual) que incluye cualquier penalidad por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda deber por correo o Transferencia de fondos electrónica (EFT, por sus siglas en inglés) cada mes. También puede elegir pagar su penalidad por inscripción tardía por deducción automática de su cheque de beneficio de Seguridad Social o Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés) cada mes.

Si debe pagar el Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso a la Parte D (Part D-IRMAA, por sus siglas en inglés), debe pagar este monto extra además de la prima de su plan (su plan no tiene una prima mensual). El monto generalmente se deduce de su beneficio de Seguridad social o puede recibir una factura de Medicare (o de RRB). NO le pague a Prominence Health Plan el IRMAA de la Parte D.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los centros de servicios Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes Medicare para monitorear las afiliaciones de los beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o el plan de medicamentos recetados (PDP), mejorar la atención y para pagar los beneficios Medicare. Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad social y 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autoriza la recopilación de esta información. CMS pueden utilizar, revelar e intercambiar información de afiliación de los afiliados a Medicare como se especifica en Aviso de los sistemas de documentos (SORN, por sus siglas en inglés), "Medicamentos recetados de Medicare Advantage" (MARx, por sus siglas en inglés), Número de sistema. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, en caso de no responder su afiliación al plan se puede ver afectada.

PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE:

Nombre del miembro del personal/agente/corredor de seguro (si ayudaron con la inscripción):

Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apellido

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N.º de ID:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Firma: _____

N.º de Identificación del Plan:

--	--	--

Fecha efectiva de 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** Remisión por el proveedor Remisión por el afiliado Sitio web de la compañía
 Medios (TV, Aviso en las noticias, Revistas) Correo directo Evento de la comunidad local Boca en boca

Número de confirmación de solicitud en línea o por teléfono

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de recepción: _____

Típicamente, puede afiliarse al plan de Medicare Advantage solo durante el período de afiliación anual, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que permiten que se afilie al plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes declaraciones detenidamente y marque los casilleros si las declaraciones se aplican a su caso. Al marcar los siguientes casilleros, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para acceder a un período de elección. Si, más adelante, determinamos que esta información es incorrecta, se lo puede desafiliar.

- Soy nuevo en Medicare.
- Soy afiliado a un plan de Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Período de afiliación abierto de Medicare Advantage (MA OEP).
- 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)
- Se me liberó de prisión recientemente. Me liberaron el (MM-DD-AAAA)
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir de manera permanente fuera de Estados Unidos. Regresé a EE. UU. en (MM-DD - AAAA)
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en Estados Unidos. Obtuve este estatus en (MM-DD - AAAA)
- Recientemente hubo un cambio en mi Medicaid (soy nuevo en Medicaid, hubo un cambio en mi nivel de asistencia de Medicaid, o perdí Medicaid el (MM-DD - AAAA)
- Recientemente hubo un cambio en mi Ayuda extra para pagar la cobertura de los medicamentos recetados de Medicare (nuevo en Ayuda extra, hubo un cambio en mi nivel de Ayuda extra, o perdí Ayuda extra) el (MM-DD - AAAA)
- Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) u obtengo Ayuda extra para mi cobertura de medicamentos recetados, pero no ha habido ningún cambio.
- Me mudaré, viviré o ya me he ido de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, residencia de ancianos o centro de atención a largo plazo). Me he mudado/me mudaré al/del centro el (MM-DD - AAAA)
- Recientemente salí de un programa PACE el (MM-DD - AAAA)
- Recientemente perdí de manera involuntaria mi cobertura válida de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare).
Perdí mi cobertura de medicamentos el (MM-DD - AAAA)
- Dejo la cobertura de mi empleador o del sindicato el (MM-DD - AAAA)
- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia provisto por mi estado.
- Mi plan finaliza su contrato con Medicare, o Medicare finaliza el contrato con mi plan.
- Se me afilió a un plan por Medicare (o mi estado) y deseo elegir un plan diferente.
Mi inscripción en ese plan comenzó el (MM-DD - AAAA)
- Me afilié a un Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés), pero he perdido la calificación de necesidades especiales que requiere ese plan. Se me desafió de SNP el (MM-DD - AAAA)
- Me vi afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre importante [como declara la Agencia federal de gestión de la emergencia (FEMA, por sus siglas en inglés)]. Una de las otras afirmaciones se aplica a mí, pero no pude realizar mi afiliación por el desastre natural.

Si ninguna de las afirmaciones describe su situación o no está seguro, comuníquese con el plan de salud Prominence al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para evaluar si es elegible para afiliarse. Los horarios de oficina son desde las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m., los siete días de la semana desde el 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes desde 1 de abril al 30 de septiembre.

PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE:

APELLIDO del afiliado: (utilice los siguientes casilleros)	NOMBRE:	MI:												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
N.º de Medicare <input type="text"/>	Fecha de efectividad:													
	<table style="display: inline-table; border: none;"> <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> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">A</td> </tr> </table>							M	M	D	D	A	A	
M	M	D	D	A	A									