

FORMULARIO DE AFILIACIÓN

Prominence Health Plan

Formulario individual de pedido de afiliación de Florida

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 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 al plan de salud Prominence al 844-408-0080. 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 844-408-0080 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.

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 desafilié 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:																
N.º de Medicare <input style="width: 100px;" type="text"/>	Fecha de efectividad:																	
	<table border="0" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <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; text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;"><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"/>											