

# FORMULARIO DE AFILIACIÓN

## Prominence Health Plan Formulario individual de pedido de afiliación de Texas 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.

*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.**

**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 800-988-6959. 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 800-988-6959 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.



**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.

<b>Firma:</b>	Fecha de hoy: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 0 5px;">M</td><td style="text-align: center; padding: 0 5px;">M</td> <td style="text-align: center; padding: 0 5px;">D</td><td style="text-align: center; padding: 0 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 0 5px;">A</td><td style="text-align: center; padding: 0 5px;">A</td><td style="text-align: center; padding: 0 5px;">A</td><td style="text-align: center; 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:**  **Número de teléfono:**

**Dirección:**

**Relación con el afiliado:**



**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:

