

Prominence Health Plan®

Formulario de solicitud de inscripción individual de Florida

Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados

INSTRUCCIONES PARA LA INSCRIPCIÓN

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que deseen unirse a un plan Medicare Advantage o a un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Para unirse a un plan, debe:

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

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener ambas:

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

¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para que la cobertura comience a partir del 1 de enero).
- Dentro de los 3 meses posteriores a obtener Medicare por primera vez.
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan.

Visite Medicare.gov para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que figura en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debe completar todos los puntos de la sección 1. Los puntos de la sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura si no los completa.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), debe entregar su formulario completo al plan antes del 7 de diciembre.
- Recibirá una factura por la prima del plan. Puede optar por registrarse para que los pagos de sus primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Qué sucede después?

Envíe el formulario completo y firmado a:

Prominence Health Plan
1510 Meadow Wood Lane
Reno, NV 89502

Una vez que procesemos su solicitud para afiliarse, nos pondremos en contacto con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Prominence Health Plan al 866-744-0747. Los usuarios de TTY pueden 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 a Prominence Health Plan al 866-744-0747 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

Si desea afiliarse a un plan, pero no tiene una residencia permanente, entonces puede considerarse su dirección particular permanente un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correspondencia (por ejemplo, cheques del Seguro Social).

Según la Ley de Reducción del Papeleo (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder una recopilación de información a menos que en esta figure un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información voluntaria es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar en los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de la información. Si tiene algún comentario sobre la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este 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 documento con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la oficina de autorización de informes de la PRA. Cualquier documento que recibamos que no esté relacionado con cómo mejorar este formulario o la carga de la recopilación (como se describe en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede ahora?" en esta página para enviar el formulario completo al plan.

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación

- Debo conservar tanto la Parte A (seguro hospitalario) como la Parte B (seguro médico) para permanecer en Prominence Health Plan.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage o plan de medicamentos recetados de Medicare, reconozco que Prominence Health Plan compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad abajo). Responder este formulario es un acto voluntario. Sin embargo, no hacerlo podría afectar su inscripción en el plan.
- Comprendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Entiendo que cuando comienza mi cobertura de Prominence Health Plan, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Prominence Health Plan. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por Prominence Health Plan y que figuren en el documento "Evidencia de cobertura" de Prominence Health Plan (también conocido como Contrato del miembro o Acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni Prominence Health Plan pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi buen saber y entender. Comprendo que, si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se me dará de baja del plan.
- 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 entiendo el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se indica arriba), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada por la ley del estado para completar esta inscripción; y
 - 2) La documentación de esta autoridad se encuentra disponible si Medicare la solicita.

Firma:

Fecha de hoy:

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 inscrito:

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

Lea con atención las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación corresponde a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su buen saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información no es correcta, es posible que se anule su inscripción.

Motivos de elegibilidad para el período de inscripción anual

Me voy a inscribir entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre durante el período de inscripción anual.

Motivos de elegibilidad para el período de inscripción inicial

- Soy nuevo en Medicare.
- Ya tengo seguro hospitalario (Parte A) y recientemente me inscribí en el seguro médico (Parte B). Quiero afiliarme a un plan de Medicare Advantage.
- Soy nuevo en Medicare y se me notificó acerca de recibir Medicare después de que comenzara mi cobertura de la Parte A y/o la Parte B. Recibí una notificación el __/__/__(fecha).
- Anteriormente tenía Medicare, pero ahora voy a cumplir 65 años. (IEP2)

Motivos de elegibilidad para el período de inscripción abierta

Entre el 1 de enero y el 31 de marzo

Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio.

Entre el 1 de abril y el 31 de diciembre

Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y tengo Medicare hace menos de 3 meses. Quiero hacer un cambio.

Motivos de elegibilidad para el período de inscripción especial

- Perdí mi Plan para Necesidades Especiales (SNP) porque ya no soy elegible para ese plan. Me dieron de baja del SNP el __/__/__(fecha).
- Quiero inscribirme en un Plan para Necesidades Especiales que adapte sus beneficios a mi afección crónica.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recién recibo Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el __/__/__(fecha).
- Recientemente tuve un cambio en mi "Ayuda Adicional" para pagar los costos de mis medicamentos (recién recibo "Ayuda Adicional", tuve un cambio en el nivel de "Ayuda Adicional" o perdí la "Ayuda Adicional") el __/__/__(fecha).
- 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 __/__/__(fecha).
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el __/__/__(fecha).
- Recientemente salí de la cárcel o prisión. Me liberaron el __/__/__(fecha).
- Recientemente recibí el estatus legal para permanecer en Estados Unidos. Recibí este estatus el __/__/__(fecha).

Al completar este documento, se autoriza la divulgación y el uso de la información médica identificable individualmente, como se establece a continuación, de conformidad con la ley federal relacionada con la privacidad de dicha información.

Yo, (nombre del solicitante) _____, por la presente, autorizo la divulgación de mi información médica descrita anteriormente para inscribirme en este plan HMO-CSNP. Entiendo que mi proveedor de atención médica debe certificar que se me ha diagnosticado una afección elegible para estar inscrito en el plan.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Si usted es el representante autorizado del solicitante, proporcione la siguiente información:

Relación con el solicitante: _____ Número de teléfono: _____