

## FORMULARIO DE SELECCIÓN DE PLAN

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Número del miembro:** \_\_\_\_\_

Deseo cambiarme del plan que tengo ahora al plan que he escogido abajo. Entiendo que de recibirse este formulario para fin del mes, mi nuevo plan, por lo general, entra en vigor el primer día del mes siguiente. Favor de marcar la respectiva casilla a continuación:

**Providence Medicare Extra Plan 1 (HMO)**

Costo de la prima- . . . . . \$92  
 Máximo de gastos de bolsillo- . . . . . \$2,500  
  
 Copago por visita de consultorio. . . . . \$15  
 Copago de hospital, paciente interno . . . . \$300  
 Copago de cuarto de emergencia- . . . . . \$50  
 Copago de ambulancia- . . . . . \$100

**Providence Medicare Choice (HMOPOS)**

Costo de la prima. . . . . \$32  
 Máximo de gastos de bolsillo. . . . . \$3,400  
  
 Copago por visita de consultorio. . . . . \$20  
 Copago de hospital, paciente interno . . . . \$450  
 Copago de cuarto de emergencia . . . . . \$50  
 Copago de ambulancia . . . . . \$100  
 Coseguro, mayoría de servicios, Parte B . . 10%  
 Fuera de la red (POS –punto de servicio) . 20%

**Providence Medicare Extra Plan 1 + Rx (HMO)**

Costo de la prima- . . . . . \$117  
 Máximo de gastos de bolsillo. . . . . \$2,500  
  
 Copago por visita de consultorio . . . . . \$15  
 Copago de hospital, paciente interno . . . . \$300  
 Copago de cuarto de emergencia . . . . . \$50  
 Copago de ambulancia . . . . . \$100

**Providence Medicare Choice + Rx (HMOPOS)**

Costo de la prima. . . . . \$58  
 Máximo de gastos de bolsillo . . . . . \$3,400  
  
 Copago por visita de consultorio. . . . . \$20  
 Copago de hospital, paciente interno . . . . \$450  
 Copago de cuarto de emergencia . . . . . \$50  
 Copago de ambulancia. . . . . \$100  
 Co-seguro, mayoría de servicios, Parte B . 10%  
 Fuera de la red (POS –punto de servicio) . 20%

## Su opción de pago de prima

Puede usted pagar su prima mensual por correo postal o por transferencia electrónica de fondos (en inglés 'EFT'). O bien, puede optar por pagar su prima por deducción mensual automática de su cheque del Seguro Social.

Las personas con ingresos limitados tal vez puedan reunir los requisitos para recibir 'ayuda extra' con sus gastos de medicamentos de receta. Si es elegible, Medicare pudiera pagar un setenta y cinco por ciento (75%) de los costos de medicamentos, incluso primas mensuales de medicamentos de receta, deducibles anuales, y coseguro. Además, aquellas personas que reúnan los requisitos no estarían sujetos a una brecha en la cobertura (en inglés 'coverage gap') ni a multa de inscripción tardía. Mucha gente cumple con los requisitos y es elegible para obtener estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para más información sobre esta 'ayuda extra', comuníquese con la oficina local del Seguro Social o bien, llame: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Usuarios TTY, llamar al 1-877-486-2048.

Si reúne los requisitos para recibir ayuda extra con su cobertura Medicare de medicamentos de prescripción, Medicare, paga todo o parte de su prima de plan para este beneficio. Si Medicare sólo paga una porción de la prima, nosotros le enviaremos la cuenta de cobro por la cantidad que no cubra Medicare. Si no escoge una opción de pago, recibirá una cuenta de cobro cada mes.

### Favor de escoger una opción de pago de prima:

- Que me llegue un cobro o transferencia electrónica de fondos (EFT).
- Deducción mensual automática de su cheque de beneficios del Seguro Social (el seguro [SSA] puede tomar dos o más meses para empezar. En la mayoría de los casos, la primera deducción de su cheque de beneficios SSA incluirá todas las primas debidas desde su fecha de inscripción hasta el punto en el que se inicien sus deducciones).

**Marque por favor la opción abajo si prefiere que le enviemos información en español. Si es otro el idioma que necesita, favor de comunicarse con los planes Providence Medicare Advantage; tenemos disponibles servicios de intérprete.**

\_\_\_\_\_ Español

Si tiene alguna pregunta o inquietud puede llamar al equipo del Servicio de atención al cliente de los planes Providence Medicare Advantage al: 503-574-8000 ó al 1-800-603-2340. Si tiene discapacidad auditiva y usa dispositivo *Teletype* (TTY), favor de llamar a nuestra línea TTY: 503-574-8702 ó al 1-888-244-6642. La asistencia del Servicio de atención al cliente está disponible para contestar preguntas de la Parte D (medicinas de receta), siete días a la semana, entre 8 a.m. y 8 p.m. Para preguntas sobre beneficios médicos, la asistencia del Servicio de atención al cliente opera de de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Devuelva este formulario por fax o correo postal a: Providence Medicare Advantage Plans.

Fax: 503-574-8607, ó bien,  
Correo postal: PO Box 5548  
Portland, OR 97228-5548

**Firma:**

**Fecha de hoy:**

Si es usted el representante autorizado, debe firmar aquí arriba y proporcionar los siguientes datos:

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**No. de teléfono:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Parentesco con quien se inscribe:** \_\_\_\_\_