

**USO EXCLUSIVO DE OFICINA**

Member ID # \_\_\_\_\_  
 Effective Date of Coverage: \_\_\_\_\_  
 ICEP/IEP: \_\_\_\_\_ OEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_  
 SEP (type): \_\_\_\_\_ Not Eligible: \_\_\_\_\_  
 PBP \_\_\_\_\_  
 Tran. Code \_\_\_\_\_  
 Plan #: \_\_\_\_\_  
 Premiums \_\_\_\_\_  
 Group # \_\_\_\_\_

Planes de Providence Medicare  
**Solicitud de inscripción**



PO Box 5548  
 Portland, OR 97228-5548  
 1-800-603-2340

**Favor de marcar el plan en el que desea inscribirse:**

- Providence Medicare Extra Plan 1 + RX  
 Providence Medicare Extra Plan 1  
 Providence Medicare Choice + RX  
 Providence Medicare Choice

**Datos de quien se inscribe**

Sr.    Sra.    Srta.

APPELLIDO: \_\_\_\_\_ PRIMER nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del 2do nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nac. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (mes / día / año)   Sexo: \_\_\_\_   No. de seguro social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Residencia fija**

Domicilio / calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Edo.: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Tel. del hogar: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Dirección postal** (sólo en caso de ser diferente al de su residencia fija):

Domicilio / calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Edo.: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

**Nombre de contacto en caso de emergencia:** \_\_\_\_\_

Parentesco con usted.: \_\_\_\_\_ Tel. de este contacto: \_\_\_\_\_

**Información del seguro Medicare****↓ MUESTRA DE TARJETA ↓**


Favor de utilizar su tarjeta Medicare para llenar esta parte

- Llene sobre las líneas de modo que los datos coincidan con su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare.

– O BIEN,

- Adjunte una copia de su tarjeta Medicare o de su carta de la Administración del Seguro Social o de la Junta de Jubilados Ferroviarios (*'Railroad Retirement Board'*).

Es requisito tener Medicare Parte A y Parte B para poder inscribirse en un plan Medicare *Advantage*.

Health  Insurance	
<b>SOCIAL SECURITY ACT</b>	
NAME OF BENEFICIARY (your name)	<b>SAMPLE</b>
CLAIM NUMBER	SEX
IS ENTITLED TO	EFFECTIVE DATE
<b>Hospital Insurance (Part A)</b>	_____
<b>Medical Insurance (Part B)</b>	_____

## Información para determinar períodos de inscripción

Por lo general, se puede inscribir en un plan Medicare *Advantage* durante el periodo anual de inscripción entre el 15 de noviembre y el 31 de diciembre de cada año. Asimismo, se puede inscribir en un plan Medicare *Advantage* durante el período abierto de inscripción entre 1 de enero y 31 de marzo de cada año –siempre y cuando no cambie su cobertura de medicamentos prescritos. Existen además ciertas excepciones que posiblemente le permitan inscribirse en dicho plan aun fuera de los mencionados períodos.

Por favor lea cuidadosamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si dicha declaración aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica usted que, a su mejor saber, reúne los requisitos para un período de inscripción. Si más tarde determinamos que la información proporcionada es incorrecta, podría anularse su inscripción

- Es mi primera vez en Medicare.
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi presente plan.
- Recientemente me mudé y este plan representa una nueva opción para mí.
- Cuento tanto con Medicare como Medicaid, o el estado me ayuda a pagar mis pólizas de Medicare.
- Recibo ayuda extra para pagar la cobertura de Medicare sobre medicamentos de prescripción.
- Ya no me toca recibir ayuda extra con los pagos de medicamentos prescritos de Medicare.
- Vivo en un asilo de cuidado a largo plazo (*‘Long Term Care’*) o hace poco salí de éste p. ej., asilo o establecimiento de atención a largo plazo.
- Recientemente salí del programa ‘PACE’ (*en inglés es ‘Program of All-Inclusive Care for the Elderly’*).
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura fiable de medicamentos prescritos (cobertura igual de buena que Medicare).
- Estoy por dejar la cobertura de mi empleo o del sindicato (la ‘unión’).
- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia que provee el estado.
- Recientemente volví a los Estados Unidos luego de tener residencia fija fuera de los EE.UU.
- Ninguna de estas declaraciones aplican a mi caso.\*

\*Favor de comunicarse con *‘Providence Medicare Plans’* al 1-800-457-6064 (los usuarios TTY, deben llamar al 1-888-244-6642) para ver si reúne los requisitos para la inscripción. Atendemos al público los siete días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

## Pago de la póliza de su plan

Puede pagar su póliza mensual del plan ya sea por correo postal o por transferencia electrónica de fondos (en inglés *‘EFT’*). O si desea, puede pagar su póliza a través de deducción automática de su cheque mensual del Seguro Social. Si califica usted para recibir ayuda extra con sus gastos de medicamentos prescritos con cobertura Medicare, Medicare pagará todo o parte de la póliza del plan. Si Medicare sólo paga una parte de dicha póliza, nosotros le enviaremos la factura por la cantidad no cubierta.

Si no escoge una opción de pago, se le envía una factura cada mes. Favor de seleccionar aquí la opción para pagar su póliza:

- Recibir una factura mensual
- Transferencia electrónica de fondos (*‘EFT’*) de su cuenta bancaria cada mes. Favor de adjuntar un cheque CANCELADO y de proporcionar la siguiente información.

Derechohabiente de la cuenta: \_\_\_\_\_

No. de identificación del banco (en inglés *‘Routing’*): \_\_\_\_\_ No. de cuenta \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta:  Cheques  Ahorros

- Deducción automática de su cheque mensual del Seguro Social (la deducción del Seguro Social puede tardar dos o más meses para iniciar. Casi siempre la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social incluye ya todos los pagos pendientes de su póliza desde la vigencia de la inscripción hasta el punto donde empieza la deducción.

## Lea por favor y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Ha sido usted alguna vez miembro de los planes Providence Medicare?  Sí  No
2. ¿Padece usted de enfermedad renal en etapa final (en inglés es *‘End Stage Renal Disease’* o *‘ESRD’*)?  Sí  No  
Si responde que “sí” y ya no necesita de una diálisis regular, o le han hecho un trasplante exitoso de riñón, haga favor de adjuntar una nota o apuntes de su historial de parte de su médico donde se muestra que, en efecto, no requiere usted de diálisis o que se le hizo con éxito un trasplante de riñón.

3. Hay personas que quizá tengan otra cobertura de medicamentos como seguros privados de otras compañías, TRICARE, cobertura por prestaciones –o beneficios– médicos de empleado federal, beneficios de veterano o programas estatales de ayuda farmacéutica.

¿Va usted a tener otra cobertura de seguro médico aparte de los planes Providence Medicare?  Sí  No

Si responde que “sí”, favor de listar la otra cobertura con sus correspondientes números de identificación (ID):

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_

No. de ID de la cobertura: \_\_\_\_\_ No. de grupo de esta cobertura: \_\_\_\_\_

¿Va a tener otra cobertura de medicamentos prescritos aparte de los planes Providence Medicare Plans?  Sí  No

Si responde que “sí”, favor de listar la otra cobertura y los correspondientes números de identificación (ID):

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_

No. de ID de la cobertura: \_\_\_\_\_ No. de grupo de esta cobertura: \_\_\_\_\_

- 4 ¿Reside usted en una casa de cuidado a largo plazo, como en un asilo?  Sí  No

Si responde que “sí”, favor de proporcionar la siguiente información.

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Domicilio de la institución (calle y No.): \_\_\_\_\_

- 5 ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado?  Sí  No

Si responde que “sí”, favor de proporcionar el número Medicaid suyo: \_\_\_\_\_.

- 6 ¿Trabajan usted o su cónyuge?  Sí  No

Marque por favor una de las casillas abajo si prefiere que le enviemos informes en otro idioma o en otro formato:

Español  CD audio

Si necesita información en otro idioma o formato que los que aparecen arriba, llame por favor a la oficina de los planes Providence Medicare al 1-800-457-6064 (usuarios TTY, marcar 1-888-244-6642). Atendemos al público los siete días a la semana, 8 a.m. a 8 p.m.

Proveedor de cuidado primario (nombre, apellido) \_\_\_\_\_ ¿Paciente establecido?  Sí  No

## Lea por favor la siguiente información de importancia

Si tiene ahora cobertura de atención médica por parte de un empleo o de un sindicato (‘unión’) y se inscribe en los planes Providence Medicare, le puede afectar sus prestaciones (beneficios) que de ellos recibe. Si tiene ahora dichas prestaciones y se inscribe en los planes Providence Medicare Plans, puede cambiar la manera en que le beneficia su cobertura actual.

Lea los informes y demás comunicación que le envía su empleador o sindicato. De tener preguntas, visite el sitio Internet que utilicen ellos o llame al número de teléfono de la oficina que aparece en sus boletines. Si no hay información sobre a quién llamar, le puede ayudar el administrador de su seguro o la oficina que atiende las preguntas de la cobertura.

## Lea por favor lo siguiente y luego firme

### Al llenar la presente solicitud de inscripción, estoy de acuerdo con lo siguiente:

Los planes Providence Medicare es un plan Medicare *Advantage* y tiene contrato con el gobierno federal. Debo mantener mis Partes A y B. Sólo puedo participar en un plan Medicare *Advantage* a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan automáticamente cancela mi inscripción en otro plan de salud Medicare o plan de medicamentos prescritos. Es responsabilidad mía informarles de cualquier cobertura de medicamentos prescritos que tenga o que llegue a tener en el futuro. Entiendo que si no tengo cobertura Medicare de medicamentos prescritos, o plan de cobertura fiable de medicamentos prescritos (igual de buena que Medicare), tal vez tenga que pagar un multa por inscripción tardía si en lo futuro me inscribo en una cobertura Medicare de medicamentos prescritos. La inscripción en este plan suele ser por un año entero. Una vez inscrito, podré dejar este plan o hacer cambios sólo en ciertas ocasiones del año, cuando está disponible el período de inscripción (p. ej., 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año), o en determinadas circunstancias especial consideración, mediante envío de petición a los planes Providence Medicare o por teléfono al 1-800-Medicare. Los usuarios TTY, deben llamar: 1-877-486-2048, disponible las 24 horas al día los 7 días a la semana.

Los planes Providence Medicare brindan servicios dentro de un área específica. Si me mudo fuera del área que abarcan los planes Providence Medicare, deberé informar al plan de modo que se anule mi inscripción y pueda buscar un nuevo plan en la nueva área donde me encuentre. Una vez que sea miembro de los planes Providence Medicare, tengo el derecho de apelar las decisiones del plan respecto a los pagos o servicios, en caso de no estar de acuerdo con éstos. Cuando lo reciba, leeré el ‘Manual de miembros’ o la ‘Evidencia de cobertura’ que facilitan los planes Providence Medicare para enterarme de las reglas que debo acatar con el fin de obtener la correspondiente cobertura de este plan Medicare *Advantage*. Entiendo que los beneficiarios de Medicare generalmente no son amparados bajo Medicare cuando se encuentren fuera del país, excepto por cobertura limitada en situaciones emergentes o de urgencia. Para mayor información, véase el Resumen de prestaciones (beneficios).

Entiendo que, empezando la fecha cuando inicia la cobertura de los planes Providence Medicare, deberé recibir todos mis tratamientos de la salud a través de los planes Providence Medicare Plans, con la excepción de servicios que sean necesarios de urgencia o por emergencia, y servicios de diálisis que estén fuera del área. Se cubren servicios autorizados por los planes Providence Medicare y demás servicios contenidos en mi documento titulado ‘Evidencia de cobertura’ de los planes Providence Medicare (conocido también como ‘contrato de miembro’ o ‘contrato de abonado’). Sin autorización, NI MEDICARE NI LOS PLANES PROVIDENCE MEDICARE PAGARÁN POR LOS SERVICIOS. Se aplican ciertas excepciones a miembros de Providence Medicare *Choice*.

Entiendo que en caso de que esté yo recibiendo ayuda de parte de un agente de ventas, corredor de seguros, u otra persona empleada por los planes Providence Medicare o en contrato con ellos, él o ella podrá ser compensado en base a mi inscripción en los planes Providence Medicare.

Puede ser que haya disponibles servicios de consejería en el estado en que me encuentro para orientarme sobre suplemento de seguro Medicare u otras opciones de planes Medicare *Advantage* o de medicamentos prescritos y sobre ayuda médica a través del programa estatal de Medicaid y del programa de ahorros Medicare (‘Medicare *Savings*’).

### **Divulgación de información:**

Inscribiéndome en este plan de salud Medicare, reconozco que dicho plan divulgará mi información con Medicare y con otros planes según se requiera para fines de tratamientos, pagos y demás operaciones relacionadas con el cuidado de la salud. Asimismo, reconozco que los planes Providence Medicare divulgarán mi información que incluye datos de indicaciones de medicamento prescrito en caso de estar bajo el respectivo plan de Medicare, que a su vez podrá divulgarlos para fines de investigación y demás propósitos que siguen todo estatuto y regulación federal aplicable. La información contenida en este formulario de inscripción es correcta a mi mejor saber. Entiendo que de proporcionar datos falsos intencionalmente en este formulario, será anulada mi inscripción.

Entiendo que mi firma en la presente solicitud (o la firma de la persona autorizada para actuar en favor de un individuo conforme a las leyes del estado donde éste reside) significa que he leído y he entendido el contenido de la misma. De ser firmada por un individuo autorizado (como se describe en este párrafo), dicha firma certifica que, **1)** se autoriza a la persona bajo ley estatal para llenar este formulario y, **2)** la documentación de esta autoridad queda disponible de ser solicitada por parte de los planes Providence Medicare o por parte de Medicare.

Su firma: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Si es usted el representante autorizado, deberá firmar arriba y proporcionar la siguiente información:**

NO SEPARE LAS HOJAS – FAVOR DE DEVOLVER TODAS LAS COPIAS