

USO EXCLUSIVO DE OFICINA:

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

Planes Providence
Medicare Advantage

Solicitud de inscripción



P.O. Box 5548
Portland, OR 97228-5548

Si necesita información en otro idioma o formato (Braille), llame por favor a los planes Providence Medicare Advantage.

Para inscribirse en los planes Providence Medicare Advantage, favor de anotar sus datos.

Favor de marcar el plan en el que desea inscribirse:

- Providence Medicare Extra Plan 1 + RX (HMO) \$117 Providence Medicare Choice + RX (HMOPOS) \$58
 Providence Medicare Extra Plan 1 (HMO) \$92 Providence Medicare Choice (HMOPOS) \$32

APELLIDO: _____ 1er nombre: _____ Inicial 2do nombre: _____ Sr. Sra. Srita

Fecha nac. (mes /día /año) (____/____/____) Sexo: M F No. Tel. hogar: _____

Residencia fija.

Domicilio, calle y No. (no se permite P.O. Box): _____

Ciudad: _____ Edo: _____ ZIP Code: _____ Condado: _____

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

Domicilio, calle y No.: _____

Ciudad: _____ Edo: _____ ZIP Code: _____ Condado: _____

Nombre de contacto en caso de emergencia. Nombre: _____

No. Tel. del contacto: () _____ - _____ Parentesco con Ud.: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Su información del seguro Medicare

MUESTRA DE TARJETA

Favor de ver 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'*).

NOTA: es requisito tener Medicare Parte A y Parte B para poder afiliarse a un plan Medicare *Advantage*.

MEDICARE			HEALTH INSURANCE	
SAMPLE ONLY				
Name: _____				
Medicare Claim Number			Sex _____	
_____ - _____ - _____			_____	
Is Entitled To			Effective Date	
HOSPITAL (Part A)			_____	
MEDICAL (Part B)			_____	

Para hacer los pagos de sus primas del plan

Puede usted 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.

Las personas con ingresos limitados tal vez puedan reunir los requisitos para recibir 'ayuda extra' para sus gastos de medicinas de receta. Si es así, Medicare pudiera pagar 75% o más de sus gastos de medicamentos, incluso primas mensuales de medicinas de receta, deducibles anuales, y coseguro. Además, aquellos que sean elegibles no estarán sujetos a brecha en la cobertura o multa de inscripción tardía. Mucha gente reúne los requisitos para obtener estos ahorros y ni siquiera le saben. Para más información acerca de esta ayuda extra, llame a la oficina local del Seguro Social o al 1-800-772-1213. Usuarios TTY marcar: 1-800-325-0778. Puede también solicitar la ayuda extra en línea: www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si reúne los requisitos de 'ayuda extra' para cobertura de gastos de medicamentos de receta, Medicare pagará todo o parte de la prima de su plan. Si Medicare sólo paga una parte de esta prima, le enviaremos el cobro de la cantidad que Medicare no cubra.

Si no escoge una opción de pagos, se le enviará una cuenta de cobro cada mes.

Favor de seleccionar aquí la opción para pagar su póliza:

- Recibir un cobro mensual de su cuenta
- 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. La mayoría de las veces 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).

Favor de leer y contestar las siguientes preguntas de importancia :

1. ¿Padece usted de enfermedad renal en etapa terminal (*en inglés 'End Stage Renal Disease' o 'ESRD'*)? Sí No
Si contesta a esta pregunta con un "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 expediente o 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.
2. Hay personas que quizá tengan otra cobertura de medicamentos como lo son seguros privados de otras compañías, TRICARE, cobertura por prestaciones –o beneficios– médicos de empleado federal, beneficios de veterano VA, o programas estatales de ayuda farmacéutica.

¿Va usted a tener otra cobertura de **seguro médico** aparte de los planes Providence Medicare Advantage? Sí No
Si contesta "sí", favor de anotar la otra cobertura y los correspondientes números de identificación (ID):

Nombre de la otra cobertura: _____

No. de ID de esa cobertura: _____ No. de grupo de esa cobertura: _____

¿Va a tener otra cobertura de **medicamentos de receta** aparte de los planes Providence Medicare Advantage?

Sí No Si contesta "sí", favor de anotar la otra cobertura y los correspondientes números de identificación (ID):

Nombre de la otra cobertura: _____

No. de ID de esa cobertura: _____ No. de grupo de esa cobertura: _____

3. ¿Reside usted en un centro de cuidado a largo plazo, como en un asilo? Sí No
Si contesta "sí", favor de anotar la siguiente información.

Nombre de la institución: _____

Domicilio y Tel. de la institución (calle y No.): _____

4. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? Sí No

Si contesta "sí", favor de anotar su número de Medicaid: _____.

5. ¿Trabajan usted o su esposa(o)? Sí No

Favor de escoger y anotar el nombre de un proveedor de atención primaria (*en inglés es 'Primary Care Provider' o 'PCP'*):

_____. ¿Es usted paciente establecido? Sí No

Seleccione una de estas casillas si prefiere que le enviemos información en otro idioma aparte del inglés u otro formato:

- Español
 CD audio

Llame por favor a los planes Providence Medicare Advantage al: 1-800-457-6064 si necesita información en otro formato o idioma de los indicados aquí. Nuestro horario de oficina es de 8 a.m. a 8 p.m., siete días a la semana. Usuarios TTY marcar: 1-888-244-6642.

Información para determinar fechas de inscripción

Generalmente puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el período anual de inscripción, entre el 15 de noviembre y el 31 de diciembre de cada año. Así también, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el período abierto de inscripciones, entre el día 1 de enero y 31 de marzo de cada año, siempre y cuando no añada o quite cobertura de medicamentos de receta (es decir, si tiene usted cobertura Medicare de medicamentos de receta sólo podrá cambiar a otro plan con cobertura Medicare de medicamentos de receta; si no tiene cobertura Medicare de medicamentos de receta, sólo podrá cambiar a otro plan sin cobertura Medicare de medicamentos de receta). Existen además excepciones que tal vez le permitan inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de tales períodos.

Lea por favor las siguientes declaraciones cuidadosamente y marque la casilla que se aplique a su situación. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica usted que, según se mejor saber, es usted elegible para aprovechar un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, se le pudiera anular su inscripción.

- Es mi primera vez en Medicare (es nuevo).
- Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi presente plan, o hace poco me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (anote la fecha): _____.
- Cuento tanto con Medicare como Medicaid, o el estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare.
- Recibo ayuda extra para pagar la cobertura de Medicare de medicamentos de receta.
- Ya no me reúno los requisitos para recibir ayuda extra con mis pagos de medicamentos de receta de Medicare. Dejé de recibir ayuda extra el (anote la fecha): _____.
- Me estoy mudando a, o vivo en, o hace poco salí de un centro de cuidado a largo plazo (*'Long Term Care'*); p. ej., asilo o casa de atención a largo plazo. Me mudé / mudaré en o fuera de uno de estos centros el (anote fecha): _____.
- Hace poco salí de un programa *'PACE'* (*'Program of All-Inclusive Care for Elderly'*) en (la fecha): _____.
- Hace poco y sin querer, perdí mi cobertura acreditable de medicamentos prescritos (cobertura igual de buena que Medicare). La perdí el (anote la fecha): _____.
- Estoy por dejar la cobertura de mi empleo o del sindicato (*'unión'*) para el (anote la fecha): _____.
- Pertenezco a un programa de asistencia para farmacias que provee el estado.
- Recién volví a los EE.UU. luego de tener residencia fija fuera del país. Volví a EE.UU. (fecha): _____.
- Ninguna de estas declaraciones se aplican a mi caso.*

* – Favor de comunicarse con los planes *'Providence Medicare Plans'* al 1-800-457-6064 (usuarios TTY, marcar: 1-888-244-6642) para ver si es elegible a inscripción. Abrimos de 8 a.m. a 8 p.m., siete días a la semana.



Favor de leer esta importante información

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 Advantage, le puede afectar los beneficios que de ellos recibe. Puede perder su cobertura de su patrón o sindicato (unión) si se inscribe en los planes Providence Medicare Advantage. Lea los informes y demás comunicación que le envía su patrón o sindicato (unión). 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 dónde llamar, le puede ayudar el administrador de su seguro o la oficina que atiende las preguntas de la cobertura.

Favor de leer y firmar abajo

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

Providence Medicare Advantage Plans es un plan Medicare Advantage y tiene contrato con el gobierno federal. Debo conservar mis partes Medicare A y B. Sólo puedo estar en un plan Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi inscripción automáticamente cancelará mi afiliación en otro plan de salud Medicare o plan de medicamentos de receta. Es mi responsabilidad informarles de cualquier cobertura de medicamentos de receta que tenga o pudiera tener en lo futuro. Entiendo que si no tengo cobertura Medicare de medicamentos de receta, o cobertura acreditable de medicamentos de receta (tan buena como la de Medicare), tal vez tenga que pagar una multa de inscripción tardía en el futuro. La inscripción en el plan suele ser por todo el año. Una vez inscrito, podré dejar este plan o hacer cambios sólo durante ciertos períodos del año, cuando esté disponible un período de inscripción (por ejemplo, 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

Los planes Providence Medicare Advantage prestan servicios dentro de un área específica. Si me mudo fuera del área que abarcan los planes Providence Medicare Advantage, 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 Advantage, tendré el derecho de apelar decisiones que tome el plan acerca de pagos o servicios si estuviera yo en desacuerdo. Leeré el Manual del miembro / documento de Evidencia de cobertura cuando lo reciba de los planes Providence Medicare Advantage a fin de conocer qué reglas debo acatar a fin de obtener cobertura a través de este plan Medicare Advantage. Entiendo que la gente con Medicare usualmente no tiene cobertura mientras se encuentren fuera del país, salvo para cobertura limitada cerca de la frontera de los EE.UU.

Entiendo que a partir de la fecha cuando entre en vigor la cobertura de los planes Providence Medicare Advantage, deberé obtener toda mi atención médica a través de los planes Providence Medicare Advantage, salvo para servicios de emergencia o urgentemente necesarios, o para servicios de diálisis fuera del área de servicio. Se cubrirán servicios autorizados por los planes Providence Medicare Advantage y demás servicios contenidos en mi Evidencia de cobertura de los planes Providence Medicare Advantage (documento también conocido como 'contrato del miembro' o como 'acuerdo del abonado'). Sin autorización, **NI MEDICARE NI LOS PLANES PROVIDENCE MEDICARE ADVANTAGE PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.** Pueden aplicar algunas excepciones a miembros de Providence Medicare Choice (HMOPOS).

Entiendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por los planes Providence Medicare Advantage, él o ella podrá ser compensado en base a mi afiliación en los planes Providence Medicare Advantage.

Divulgación de información:

Inscribiéndome en este plan de salud Medicare, reconozco que los planes Providence Medicare Advantage divulgará mi información con Medicare y con otros planes según se requiera para fines de tratamientos, pagos y demás operaciones relativas al cuidado de la salud. Asimismo, me doy por enterado que los planes Providence Medicare Advantage 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 si intencionalmente proporciono datos falsos 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 resida) significa que he leído y entendido el contenido de la misma. De ser firmada por un individuo autorizado (como se describe aquí arriba), y 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 y a merced de ser pedida por parte de los planes Providence Medicare Advantage o por parte de Medicare.

Su firma: _____ Fecha de hoy: _____

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

Nombre completo: _____

Domicilio: _____

Tel.: () _____ – _____ Parentesco o relación con quien se inscribe: _____