

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE PROVIDER PARTNERS HEALTH PLANS ADVANTAGE

### ¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que quieren inscribirse en un plan Medicare Advantage Plan.

### Para inscribirse en un plan, debe:

- Ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos
- Vivir en nuestra área de servicio

**Importante:** Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener estos dos:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (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 cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de obtener por primera vez Medicare
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

### ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número de la tarjeta Medicare roja, blanca y azul)
- Su dirección permanente y el número de teléfono

**Nota:** Debe completar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

### Recordatorio:

- Si desea inscribirse en un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará la factura de la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que los pagos de la prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

### ¿Qué pasa después?

Envíe su formulario completo a:

Provider Partners Health Plans  
8820 Columbia 100 Parkway,  
Suite 430,  
Columbia, MD 21045

Una vez que se procese su solicitud de inscripción, se pondrán en contacto con usted.

### ¿Dónde pido ayuda para completar el formulario?

Llame a Provider Partners Health Plans al 1-800-405-9681. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O bien, 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 Provider Partners Health Plans al 1-800-405-9681 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 inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe la correspondencia (por ejemplo, cheques del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar esta recopilación de información es de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes y recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud 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 artículo que contenga su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a PRA Reports Clearance Office. Cualquier artículo que recibamos que no tenga que ver con cómo mejorar este formulario o el tiempo de recopilación (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte “¿Qué pasa después?” en esta página para enviar su formulario completo al plan.

**Sección 1 - Todos los campos en esta página son obligatorios  
(a menos que estén marcados como opcionales)**

**Seleccione el plan en el que desea inscribirse:**

☐ Provider Partners Illinois Advantage Plan HMO I-SNP (H3800-001) \$15.20 por mes

☐ Provider Partners Indiana Advantage Plan HMO I-SNP (H4444-001) \$38.40 por mes

☐ Provider Partners Maryland Advantage Plan HMO I-SNP (H8067-001) \$31.20 por mes

☐ Provider Partners Missouri Advantage Plan HMO I-SNP (H9191-001) \$43.00 por mes

☐ Provider Partners North Carolina Advantage Plan HMO I-SNP (H4439-001) \$36.20 por mes

☐ Provider Partners Pennsylvania Advantage Plan (HMO I-SNP) (H4093-001) \$32.70 por mes

☐ Provider Partners Texas Advantage Plan HMO I-SNP (H4054-001) \$4.80 por mes

Nombre:

Apellido:

[Optional: Middle Initial]:

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)  
( \_ / \_ / \_ )

Sexo: ☐ Masculino  
☐ Femenino

Número de teléfono:  
( )

Número y calle de residencia permanente (no ingrese un apartado postal. Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente.):

Ciudad:

[Optional: County:]

Estado:

Código postal:

Dirección postal, si es diferente a su dirección permanente (se permite apartado postal):

Número y calle:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

**Su información de Medicare:**

**Número de Medicare:**

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Responda estas preguntas importantes:**

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Provider Partners Health Plans?

☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura:

N.º de miembro de esta cobertura:

Número de grupo de esta cobertura:

¿Es residente de un centro de atención a largo plazo? ☐ Sí ☐ No

Si responde "sí", dé la siguiente información:

Nombre del centro:

Dirección (número y calle) y teléfono del centro:

## IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como médica (Parte B) para permanecer en Provider Partners Health Plans.
- Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage, reconozco que Provider Partners Health Plans compartirá mi información con Medicare, quien podrá usarla para rastrear 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 a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo 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 comience mi cobertura de Provider Partners Health Plans, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Provider Partners Health Plans. Los beneficios y servicios ofrecidos por Provider Partners Health Plans e incluidos en el documento de “Evidencia de cobertura” de Provider Partners Health Plans (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscriptor) tendrán cobertura. Ni Medicare ni Provider Partners Health Plans pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- A mi leal saber y entender, la información en este formulario es correcta. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se cancelará mi plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si firma una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
  - 1) esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal para completar esta inscripción y
  - 2) la documentación de esta autoridad está disponible cuando Medicare la solicite.

**Firma:**

**Fecha de hoy**

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

**Nombre:**

**Dirección:**

**Número de teléfono:**

**Relación con el miembro:**

## Sección 2 – Todos los campos de esta sección son opcionales

**Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura por no responderlas.**

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma distinto al inglés.

☐ Español

Seleccione una opción si desea que le enviemos la información en un formato accesible.

☐ Braille

☐ Letra grande

☐ CD de audio

☐ CD de datos

Comuníquese con Provider Partners Health Plans al 1-800-405-9681 si necesita información en un formato accesible distinto a los que se indican anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No

¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

Mencione a su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

### Cómo pagar la prima mensual del plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda deber) por correo o mediante transferencia electrónica de fondos (EFT) cada mes. **También puede elegir pagar la prima de su plan con débito automático del monto de la prima de su cheque mensual del beneficio del Seguro Social o la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) cada mes.**

**Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso para la Parte D (Parte D-IRMAA), debe: pagar este monto extra además de la prima del plan.**

**Seleccione una opción de pago de prima:**

☐ Reciba una factura cada mes

☐ Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque CANCELADO o proporcione lo siguiente:

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Número de identificación bancaria: \_\_\_\_\_ Número de cuenta bancaria: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta: ☐ Corriente ☐ De ahorros

☐ Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: ☐ Seguro Social ☐ RRB

(La deducción del Seguro Social puede tardar dos meses o más en comenzar después de que el Seguro Social o RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha efectiva de su inscripción hasta el momento en que comienza la retención. Si el Seguro Social o RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel por sus primas mensuales.

### Solo para personas que ayudan al inscrito a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (es decir, agente, corredor, asesor de SHIP, familiar u otro tercero) que ayuda a un inscrito a completar este formulario.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Número de productor nacional (solo agentes/corredores): \_\_\_\_\_

#### DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en Planes Medicare Advantage (MA) para mejora de la atención y el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (MARx)", Sistema Nro. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

#### Office Use Only:

Name of staff member/agent/broker (if assisted in enrollment): \_\_\_\_\_

Plan ID # \_\_\_\_\_ Date application received: \_\_\_\_\_

Effective Date of Coverage: \_\_\_\_\_

ICEP/IEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ SEP (Type): \_\_\_\_\_ Not Eligible: \_\_\_\_\_

If the form was completed at a Marketing event, put event ID here: \_\_\_\_\_