

Formulario individual de *solicitud* de inscripción para Presbyterian Senior Care (HMO)

Póngase en contacto con Presbyterian Senior Care (HMO) si necesita información en otro idioma o en otro formato.

Para inscribirse en Presbyterian Senior Care (HMO) deberá brindar la siguiente información:

Marque en qué plan desea inscribirse:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------|
| _____ plan Presbyterian Senior Care Plan 1 (HMO) (solo beneficios médicos) | \$0 por mes |
| _____ plan Presbyterian Senior Care Plan 2 con receta médica (HMO) | \$0 por mes |
| _____ plan Presbyterian Senior Care Plan 3 con receta médica (HMO) | \$59 por mes |

APELLIDO:	NOMBRE:	Inicial del segundo nombre	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
-----------	---------	----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

Fecha de nacimiento: (__ __/ __ __/ __ __ __ __) (M M/D D/A A A A)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono particular: ()	Número de teléfono alternativo: ()
--------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	------------------------------------------

Dirección de residencia permanente (no se permite casilla de correo):

Ciudad:	Condado (opcional):	Estado:	Código postal:
---------	---------------------	---------	----------------

Dirección postal (solo si es diferente del domicilio permanente):

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
------------	---------	---------	----------------

Contacto de emergencia: _____

Número de teléfono: _____ **Relación con usted:** _____

Dirección de correo electrónico: _____

Proporcione su información de seguro Medicare:

Tenga a mano su tarjeta de Medicare para completar esta sección.

- Complete los espacios en blanco de modo que concuerden con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

– ○ –

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de la carta de la Administración del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan de Medicare Advantage.

MEDICARE



HEALTH INSURANCE

Nombre: _____

Número de reclamo de Medicare: _____ Sexo _____

Tiene derecho a: _____ Fecha de vigencia _____

HOSPITAL (Parte A) _____

MEDICAL (Parte B) _____

Copia 1: Inscripción

Copia 2: Miembro

Cómo pagar la prima de su plan:

Presbyterian Senior Care Plan 1(HMO):

Este es un plan con prima cero (\$0).

Plan Presbyterian Senior Care 2 con receta médica (HMO):

Este es un plan con prima cero (\$0). Si determinamos que debe un monto en concepto de penalización por inscripción tardía (o si actualmente posee una penalización por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarlo. Puede pagarlo por correo. También puede pagarlo mediante transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) o puede cargarlo a su tarjeta de crédito (Presbyterian Senior Care [HMO] acepta MasterCard y Visa). También puede elegir pagarlo mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes. La Administración del Seguro Social le informará si le corresponde un monto de ajuste mensual de Parte D relacionado con sus ingresos (IRMAA). Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima del plan. Se retendrá el monto del cheque de beneficios del Seguro Social o recibirá directamente la factura de Medicare o de la RRB. NO pague a Presbyterian Senior Care (HMO) el monto de ajuste mensual de Parte D relacionado con sus ingresos (IRMAA).

Plan Presbyterian Senior Care 3 con receta médica (HMO):

Puede pagar su prima mensual del plan por correo (incluso cualquier penalización de inscripción tardía que pudiera tener actualmente o que deba). También puede pagarla mediante transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT), puede cargarla a su tarjeta de crédito mensualmente (Presbyterian Senior Care [HMO] acepta MasterCard y Visa) o puede pagarla por año. También puede elegir pagar la prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes. La Administración del Seguro Social le informará si le corresponde un monto de ajuste mensual de Parte D relacionado con sus ingresos (IRMAA). Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima del plan. Se retendrá el monto del cheque de beneficios del Seguro Social o recibirá directamente la factura de Medicare o de la RRB. NO pague a Presbyterian Senior Care (HMO) el monto de ajuste mensual de Parte D relacionado con sus ingresos (IRMAA).

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos de venta con receta. Si es elegible, Medicare puede pagar el 75% o más del costo de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, las personas que califiquen no estarán sujetas a la brecha de cobertura o a una penalización por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y no lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar ayuda adicional en el sitio web www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si usted califica para obtener ayuda adicional con sus costos de cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare, Medicare pagará el total o una parte de la prima de su plan. Si Medicare paga únicamente una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubra.

Si no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Seleccione una opción de pago:

- Obtener una factura
- Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:
Nombre del titular de la cuenta: _____
Número de identificación bancaria: _____ Número de cuenta bancaria: _____
Tipo de cuenta: Cuenta corriente Cuenta de ahorros
- Tarjeta de crédito. Proporcione la siguiente información:
Tipo de tarjeta: _____
Nombre del titular de la cuenta como aparece en la tarjeta: _____
Número de cuenta: _____
Fecha de vencimiento: __ __ / __ __ __ __ (MM/AAAA)
- Débito automático de su cheque de beneficios de Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB). (La deducción del Seguro Social o de la RRB puede comenzar una vez transcurridos dos meses o más una vez que el Seguro Social o la RRB hayan aprobado la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) aceptan la solicitud de débito automático, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas desde la fecha de vigencia de la inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban la solicitud de débito automático, le enviaremos todos los meses por correo la factura de su prima).

Lea y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Padece una enfermedad renal en fase terminal (End Stage Renal Disease, ESRD)? Sí No
Si ya no necesita recibir diálisis regularmente o si se le efectuó un trasplante de riñón exitoso, **adjunte una nota o los registros** del médico demuestre que ya no necesita recibir diálisis o que se le efectuó un trasplante de riñón exitoso; de lo contrario, es posible que debamos comunicarnos con usted para obtener más información.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluso otro seguro privado, como TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios para los veteranos (Veteran Affairs, VA) o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá cobertura de medicamentos de venta con receta además de Presbyterian Senior Care (HMO)? Sí No
Si contestó "sí", mencione la otra cobertura y el número de identificación (ID) de esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura: _____ N.º de id. para esta cobertura: _____ N.º de grupo para esta cobertura: _____

3. ¿Es residente en un centro de atención a largo plazo, como por ejemplo un hogar de ancianos? Sí No
Si contestó "sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle): _____

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

Si contestó sí, proporcione su número de Medicaid: _____

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

Elija el nombre de un médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP):

Seleccione una de las casillas que se encuentran a continuación si prefiere que enviemos la información en un idioma que no sea el inglés o en otro formato:

_____ Español _____ Letra más grande

Llame a Presbyterian Senior Care (HMO) al (505) 923-6060 o al 1-800-797-5343 si necesita recibir la información en un formato o idioma que no esté indicado anteriormente. Puede llamar de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-625-8818.



Lea la siguiente información que es muy importante

Si actualmente posee una cobertura de salud de un empleador o de un sindicato, la inscripción a Presbyterian Senior Care (HMO) puede afectar los beneficios provenientes de esa cobertura. Puede perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en Presbyterian Senior Care (HMO). Lea las notificaciones que su empleador o sindicato le envíen. Si tiene preguntas, visite el sitio web correspondiente o comuníquese con la oficina mencionada en dichas notificaciones. Si no aparece información sobre algún contacto, el administrador de beneficios o la oficina encargada de responder preguntas sobre la cobertura le podrán ayudar.

Lea y firme abajo:

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Presbyterian Senior Care (HMO) es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Debo mantener las Partes A y B de Medicare. Solo puedo pertenecer a un plan de Medicare Advantage a la vez y comprendo que mi inscripción en este plan automáticamente hará que finalice mi inscripción en cualquier otro plan de salud o de medicamentos de venta con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informar sobre cualquier cobertura de medicamentos de venta con receta que tenga o que pudiera tener en el futuro. Entiendo que si no tengo cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare o cobertura acreditable de medicamentos de venta con receta (que sea tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una penalización de inscripción tardía

Copia 1: Inscripción

Copia 2: Miembro

si me inscribo en una cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare en el futuro. La inscripción en este plan es generalmente para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo abandonar este plan o realizar cambios únicamente en determinados momentos del año cuando haya un periodo de inscripción disponible (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o en determinadas circunstancias especiales.

Presbyterian Senior Care (HMO) cubre una determinada área de servicio. Si me mudo fuera del área que cubre Presbyterian Senior Care (HMO), debo informarlo para poder cancelar la inscripción y encontrar un nuevo plan en mi área. Una vez que sea miembro de Presbyterian Senior Care (HMO), tengo derecho a apelar las decisiones del plan acerca del pago o de los servicios si no estoy de acuerdo con ellas. Leeré el documento de Constancia de cobertura de Presbyterian Senior Care (HMO) cuando lo tenga en mis manos a fin de conocer las normas que debo respetar para obtener la cobertura de este plan de Medicare Advantage.

Entiendo que los beneficiarios de Medicare por lo general no están cubiertos por Medicare mientras me encuentre fuera del país, excepto por la cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.

Comprendo que desde la fecha en que comience la cobertura de Presbyterian Senior Care (HMO), debo obtener toda atención médica mediante Presbyterian Senior Care (HMO), excepto en casos de emergencia, cuando necesite servicios de urgencia o de diálisis fuera del área. Se ofrecerá cobertura para los servicios autorizados por Presbyterian Senior Care (HMO) y otros servicios incluidos en el documento de Constancia de cobertura de Presbyterian Senior Care (HMO) (también conocido como acuerdo con el miembro o contrato con el suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI PRESBYTERIAN SENIOR CARE (HMO) PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Comprendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, de un agente de seguros o de otra persona empleada o contratada por Presbyterian Senior Care (HMO), esta persona puede recibir un pago por mi inscripción en Presbyterian Senior Care (HMO).

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, acepto que Presbyterian Senior Care (HMO) entregue información sobre mí a Medicare y a otros planes en caso de que sea necesaria para algún tratamiento, un pago u operaciones relacionadas con la atención médica. También acepto que Presbyterian Senior Care (HMO) divulgue información, incluidos los datos del registro de eventos de medicamentos de venta con receta, a Medicare que puede, a su vez, entregarla para una investigación o por otros motivos conforme a los estatutos y reglamentos federales correspondientes. La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber. Comprendo que si intencionalmente brindo información incorrecta en este formulario, mi inscripción al plan será cancelada.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre de acuerdo a las leyes del estado donde vivo) que aparece en esta solicitud significa que he leído y comprendido su contenido. Si está firmada por una persona autorizada (como se describió anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por las leyes estatales para completar esta inscripción y 2) existe documentación sobre esta autorización disponible a pedido de Medicare.

Su firma: _____	Fecha de hoy: _____
------------------------	----------------------------

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____

Relación con la persona inscrita: _____

Para uso de la oficina únicamente:

Nombre del miembro del personal/agente de venta/agente de seguros (si recibió asistencia para la inscripción): _____

N.º de id. del plan: _____

Fecha de vigencia de la cobertura: _____

ICEP/IEP: _____ OEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No elegible: _____