

CHRISTUS Health Plan Generations Solicitud de inscripción

Seleccione el plan que desea

- ☐ CHRISTUS Health Plan Generations (HMO) Plan 001 (\$0 de prima mensual)
- ☐ CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) Plan 002 (\$25 de prima mensual)

Póngase en contacto con CHRISTUS Health Plan si necesita información en otro idioma o formato (braille).

Para inscribirse en CHRISTUS Health Plan Generations (HMO), proporcione la siguiente información:			
APELLIDO		NOMBRE de pila	INICIAL del 2.º nombre: ☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srita.
FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)	SEXO ☐ M ☐ F	NÚMERO DE TELFONO PARTICULAR:	NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNATIVO:
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA PERMANENTE (no se permite casilla postal)			
CIUDAD	ESTADO	CONDADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente a la dirección de la residencia permanente)			
INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS: NOMBRE: NÚMERO DE TELÉFONO: RELACIÓN CON USTED:			
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: (Opcional)			
Proporcione la información del seguro de Medicare			
Utilice su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección. - Complete esta información tal como aparece en la tarjeta de Medicare. O BIEN - Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de la carta que Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios.		NOMBRE (tal como aparece en su tarjeta de Medicare): _____ NÚMERO DE MEDICARE _____ Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigencia: COB. HOSPITALARIA (Parte A) _____ COB. MÉDICA (Parte B) _____ Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.	

Cómo pagar la prima de su plan

Si determinamos que debe una multa por inscripción tardía (o si tiene actualmente una multa por inscripción tardía), necesitamos saber de qué manera prefiere pagarla. Puede pagar por correo. También puede elegir su forma de pago de la prima por deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés) cada mes. Si a usted se le adjudica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMA) de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted deberá pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. A usted se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o bien recibirá la factura directamente de Medicare o la RRB. NO pague el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amounts, IRMAA) de la Parte D.

Puede pagar las primas mensuales de su plan (incluidas todas las multas por inscripción tardía que tenga actualmente o que adeude)] por correo. También puede elegir su forma de pago de la prima por deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés) cada mes.

Si a usted se le adjudica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMA) de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted deberá pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. Este monto se deducirá ya sea de su cheque de beneficios del Seguro Social o será facturado directamente por Medicare o la RRB. NO pague el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amounts, IRMAA) de la Parte D a CHRISTUS HealthPlan.

Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si usted es elegible, Medicare podría pagar por el 75 % o más de sus gastos por medicamentos incluyendo las primas mensuales de medicamentos con receta, deducibles anuales y coaseguros. Además, las personas que reúnan los requisitos no quedarán sujetas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, póngase en contacto con una oficina local del Seguro Social o bien llame al Seguro Social al **800.772.1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **800.325.0778**. También puede solicitar Ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una parte de la prima, le enviaremos a usted la factura por el monto que Medicare no cubra.

Si no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses. Elija una opción de pago de la prima:

☐ Obtenga una factura

☐ Descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: ☐ Seguro Social ☐ RRB

(La deducción del Seguro Social o de la RRB puede demorar dos meses o más en comenzar luego de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de descuento automático, el primer descuento del cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, se le enviará una factura en papel por el valor de sus primas mensuales.)

Nombre del solicitante _____

Número del Programa Medicare del solicitante _____

Lea y responda estas preguntas importantes.

1. ¿Padece una enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD)? ☐ Sí ☐ No

Si usted recibió un trasplante de riñón con éxito o ya no necesita diálisis regulares, adjunte una nota o los registros del médico que indiquen que usted recibió un trasplante de riñón exitoso o que ya no necesita diálisis; de lo contrario, tal vez sea necesario que nos pongamos en contacto con usted para obtener información adicional.

2. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura para medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios de salud para empleados, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta además de CHRISTUS Health Plan? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", mencione la otra cobertura y su número de identificación de esa cobertura.

Nombre de la otra cobertura Núm. de identificación para esta cobertura: Núm. de grupo para esta cobertura

3. ¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de ancianos? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

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

Si la respuesta es "Sí", proporcione su número de Medicaid: _____

5. ¿Usted o su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

Proveedor | Nombre completo del médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) _____

Número de teléfono: _____

Proveedor | Núm. de identificación del médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) _____

¿Está viendo o recientemente ha visto a este proveedor? ☐ Sí ☐ No

Por favor marque una de las casillas de abajo si prefiere que le enviemos información en un idioma distinto al inglés o en un formato accesible.

☐ Español ☐ Braille ☐ Letra grande

Si necesita información en un formato accesible o un idioma distinto de los mencionados arriba, póngase en contacto con CHRISTUS Health Plan Generations al **844.282.3026**. Atendemos de 8 a. m. a 8 p. m. hora local, los 7 días de la semana. Del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Nombre del solicitante _____

Número del Programa Medicare del solicitante _____

ALTO

Lea esta información importante.

Si en la actualidad cuenta con la cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en CHRISTUS Health Plan podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato. Si se inscribe en CHRISTUS Health Plan, podría perder la cobertura de salud provista por su empleador o sindicato.

Lea las notificaciones que su empleador o el sindicato de trabajadores le envíe. Si tiene preguntas, visite el sitio web o comuníquese con la oficina que figura en las comunicaciones. Si no hay información de contacto, su administrador de beneficios o la oficina que responda dichas preguntas acerca de su cobertura puede ser útil.

Lea y firme a continuación.

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

CHRISTUS Health Plan Generations es un plan de Medicare Advantage y ha celebrado un contrato con el gobierno federal. Tendré que conservar la cobertura de las Partes A y B de Medicare. Solamente puedo tener un plan Medicare Advantage a la vez, y comprendo que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarles acerca de cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o pueda tener en el futuro. Generalmente, la inscripción en este plan dura un año completo. Una vez que me inscriba, puedo dejar el plan o hacer cambios solo en ciertos momentos del año cuando el período de inscripción esté disponible (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o en determinadas circunstancias especiales.

CHRISTUS Health Plan Generations brinda servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que CHRISTUS Health Plan Generations brinda servicios, debo notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en la nueva área. Una vez que sea miembro de CHRISTUS Health Plan Generations, tendré derecho a apelar las decisiones que tome el plan respecto de pagos o servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré ya sea el Manual del miembro o el documento de Evidencia de Cobertura de CHRISTUS Health Plan Generations cuando lo reciba para conocer las normas que debo respetar para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas con Medicare usualmente no tienen cobertura de Medicare mientras se encuentran fuera del país, excepto por cobertura limitada cerca de la frontera con los Estados Unidos.

Comprendo que a partir de la fecha en que inicie la cobertura de CHRISTUS Health Plan Generations, debo recibir toda mi atención médica de CHRISTUS Health Plan Generations, salvo por los servicios de emergencia o urgencia, o por los servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por CHRISTUS Health Plan Generations y otros servicios incluidos en el documento de Evidencia de cobertura de CHRISTUS Health Plan Generations (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Si no se cuenta con autorización, NI MEDICARE NI CHRISTUS HEALTH PLAN GENERATIONS PAGARÁ POR LOS SERVICIOS.

Comprendo que, si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por CHRISTUS Health Plan Generations, esta persona puede recibir un pago en función de mi inscripción en CHRISTUS Health Plan Generations.

Nombre del solicitante _____

Número del Programa Medicare del solicitante _____

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que CHRISTUS HealthPlan Generations > divulgará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para cualquier tratamiento, pago o procedimientos de atención médica. También reconozco que CHRISTUS Health Plan Generations divulgará mi información, incluidos los datos sobre acontecimientos relacionados con mis medicamentos con receta a Medicare, que puede divulgarla con fines de investigación o para otros fines que respeten todas las leyes y reglamentaciones federales aplicables. A mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si proporciono información falsa en este formulario de manera intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud implica que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud.

Si firmó una persona autorizada (como se describe arriba), la firma certifica que:

1. Esta persona está autorizada por la ley estatal para realizar esta inscripción; y
2. La documentación de esta autoridad estará disponible en caso de que Medicare la requiera.

FIRMA DEL SOLICITANTE* o el representante legal autorizado (incluyendo un apoderado, o tutor legal)

Fecha de la firma (MM/DD/YYYY) _____

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

Apellido _____ Nombre de pila _____ Inicial del segundo nombre _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de Teléfono: _____ Relación con el Solicitante: _____

SOLO PARA USO DEL AGENTE:

Nombre del Agente de Suscripción: _____ Firma del Agente de Suscripción: _____

Nombre en letra de molde (obligatorio) _____ Firma (obligatoria) _____

Núm. de identificación del plan: _____ Núm NPN del corredor: _____

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____

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

¿En dónde se originó esta solicitud?

☐ Clínica ☐ Cita domiciliar ☐ Acontecimiento ☐ Walmart ☐ Otro

Nombre del solicitante _____

Número del Programa Medicare del solicitante _____

Normalmente, usted solo puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage durante el período de inscripción anual, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que le pueden permitir inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes declaraciones cuidadosamente y marque la casilla de la declaración que aplica en su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, según su leal saber y entender, usted es elegible para un Período de Inscripción. Si posteriormente determinamos que la información es incorrecta, cancelaremos su inscripción.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- ☐ Me mudé recientemente fuera del área de servicio para mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (ingrese la fecha): _____
- ☐ Fui liberado de prisión recientemente. Fui liberado el (ingrese la fecha): _____
- ☐ Regresé recientemente a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el (ingrese la fecha): _____
- ☐ Recibí recientemente el estatus de residencia legal en los Estados Unidos. Recibí este estatus el (ingrese la fecha): _____
- ☐ Tuve un cambio recientemente en el pago de mi Ayuda Adicional para la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recibí Ayuda Adicional por primera vez, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (ingrese la fecha): _____
- ☐ Tengo Medicare y Medicaid (o recibo ayuda estatal para pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido cambios.
- ☐ Voy a mudarme a, vivo en o salí recientemente de un Centro de Atención a Largo Plazo (por ejemplo, un hogar ancianos). Me mudé | me mudaré | dejaré de vivir en dicha institución el (escriba la fecha): _____
- ☐ Deje recientemente un programa PACE el (ingrese la fecha): _____
- ☐ Recientemente, perdí de manera involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos con receta (cobertura igual a la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (ingrese la fecha): _____
- ☐ Perderé la cobertura de mi empleador o del sindicato de trabajadores el (ingrese la fecha): _____
- ☐ Formo parte de un programa de asistencia farmacéutica proporcionado en mi estado.
- ☐ Mi plan va a terminar su contrato con Medicare, o Medicare va a terminar el contrato con mi plan.
- ☐ Estaba inscrito en un plan de Medicare (o en mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en dicho plan comenzó el (ingrese la fecha). _____
- ☐ Estaba inscrito en un Programa de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés), pero perdí la elegibilidad de necesidades especiales para pertenecer a dicho plan. Mi inscripción en el plan SNP se canceló el (ingrese la fecha). _____
- ☐ Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o desastre mayor, según la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias | FEMA, por sus siglas en inglés). Aplico a una de las otras declaraciones aquí incluidas, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con CHRISTUS Health Plan Generations al **844.282.3026**, o los usuarios de TYY al **711**, para verificar si usted es elegible para inscribirse, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.