



Nombre del Plan en el que se está inscribiendo: _____			
Nombre: _____		Número de Medicare o número de miembro: _____	
Número de teléfono de la casa: _____			
Dirección permanente de calle (No se permite casilla postal)			
Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Dirección postal (solo si es diferente a su dirección permanente de calle)			
Dirección de calle	Ciudad	Estado	Código postal
Por favor complete lo siguiente:			
Actualmente soy miembro de:			
____ Plan Generations (HMO) en CHRISTUS Health Plan con una prima mensual de \$ ____.			
____ Plan Generations Plus (HMO) en CHRISTUS Health Plan con una prima mensual de \$ ____.			
Me gustaría cambiar a:			
____ Plan Generations (HMO) en CHRISTUS Health Plan. Comprendo que este plan tiene diferentes beneficios de salud y una prima mensual de \$ ____.			
____ Plan Generations Plus (HMO) en CHRISTUS Health Plan con una prima mensual de \$ ____.			
Comprendo que este plan tiene diferentes beneficios de salud y una prima mensual de \$ ____.			
Nombre del proveedor de atención primaria (PCP) que eligió: _____			
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.			
<input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Letra grande			
Por favor comuníquese con CHRISTUS Health Plan Generations o Generations Plus al 844.282.3026 si necesita información en un formato accesible o en un idioma distinto al que se indicó arriba. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.			



Su prima mensual del plan

Si determinamos que usted debe una multa por inscripción tardía (o que actualmente tiene una multa por inscripción tardía) necesitamos saber cómo prefiere hacer el pago.

Puede pagar por correo postal. También puede pagar su prima por deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB, en inglés) cada mes. Si se está evaluando un ajuste mensual del monto de la Parte D relacionado con su ingreso, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar este monto extra además de la prima de su plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social, o Medicare o la RRB le cobrarán directamente. NO le pague el ajuste del monto de la Parte D a CHRISTUS Health Plan.

Usted puede pagar su prima mensual (incluyendo la multa por inscripción tardía que usted tiene actualmente o puede deber) por correo postal. También puede elegir pagar su prima por deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios cada mes.

Si se está evaluando un ajuste del monto de la Parte D relacionado con su ingreso, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar este monto extra además de la prima de su plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social, o Medicare o la Junta de Jubilación para Ferroviarios le cobrarán directamente. NO le pague el ajuste del monto de la Parte D a CHRISTUS Health Plan.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir ayuda extra para pagar por los gastos de medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagar por el 75 % o más de sus gastos por medicamentos, incluyendo las primas mensuales de medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguros. Adicionalmente, quienes califiquen no se quedarán un período sin cobertura ni tendrán una multa por inscripción tardía. Muchas personas califican para estos ahorros y no lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, llame a su oficina del Seguro Social local o al Seguro Social al **800.772.1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **800.325.0778**. Puede solicitar ayuda adicional en línea ingresando a www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si usted califica para la ayuda adicional de Medicare para pagar los gastos de la cobertura de medicamentos con receta, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima por este beneficio. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le enviaremos una factura por el monto que Medicare no cubra.

Si no elige una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

Por favor seleccione una opción para el pago de la prima:

Recibir una factura



Deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB.
Obtengo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

El inicio de la deducción del Seguro Social puede tomar dos o más meses después 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 deducción automática, la primera deducción del cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas que debe desde su fecha de vigencia de la inscripción hasta el punto en el que inicien 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.

Por favor lea y firme abajo

CHRISTUS Health Plan es un plan que tiene un contrato con el gobierno federal.

Comprendo que estoy recibiendo asistencia de un agente de ventas, corredor de seguros u otra persona empleada por o que tiene contrato con CHRISTUS Health Plan, es posible que él/ella reciba un pago basado en mi inscripción en CHRISTUS Health Plan Generations Plus.

Divulgación de información: Al unirme a este plan de salud de Medicare, reconozco que dicho plan divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También reconozco que CHRISTUS Health Plan divulgará mi información, incluyendo los datos de eventos de mis medicamentos con receta a Medicare, que puede divulgarla para investigación y otros fines que sigan todos los estatutos y regulaciones federales aplicables. La información contenida en este formulario de inscripción es correcta según mi conocimiento. Comprendo que, si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, concluirá mi inscripción en este plan. Comprendo que las personas con Medicare no están cubiertas bajo Medicare mientras estén fuera del país, excepto por la cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Comprendo que, a partir de la fecha en que inicie la cobertura de CHRISTUS Health Plan Generations o Generations Plus, debo recibir toda mi atención médica de CHRISTUS Health Plan, excepto por servicios de emergencia o necesarios de urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios autorizados por CHRISTUS Health Plan y otros servicios incluidos en el documento de mi Evidencia de Cobertura de CHRISTUS Health Plan Generations o Generations Plus (también conocido como un contrato de membresía o acuerdo de suscripción). Sin autorización, NI MEDICARE NI CHRISTUS HEALTH PLAN PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre bajo las leyes del Estado en donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y estoy de acuerdo con su contenido. Si firmó una persona autorizada (como se describe arriba), la firma certifica que: 1) esta



persona está autorizada bajo la ley del Estado para hacer esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Relación con la persona inscrita: _____

Uso de la oficina solamente:

Nombre del miembro del equipo/agente/corredor de seguros (si recibió asistencia durante la inscripción): _____

No. de identificación del plan: _____

Fecha de vigencia de cobertura: _____

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