

Solicitud de inscripción de CHRISTUS Health Plan Generations

Marque el plan que desea:

Plan 003 CHRISTUS Health Plan Generations (HMO) (Prima mensual de \$0)

Plan 004 CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) (Prima mensual de \$20)

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

Para inscribirse en CHRISTUS Health Plan Generations (HMO), sírvase proporcionar la siguiente información:			
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srita.
FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA	NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNATIVO
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA PERMANENTE (No se acepta un apartado postal)			
CIUDAD	ESTADO	CONDADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL (solo si es distinta de la dirección de residencia permanente)			
NOMBRE DE INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA			
NÚMERO DE TELÉFONO		PARENTESCO CON USTED:	
CORREO ELECTRÓNICO (opcional)			
Proporcione la información de su seguro de Medicare			
Para completar esta sección, utilice su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.		NOMBRE (como aparece en su tarjeta de Medicare): _____	
• Complete esta información tal y como aparece en su tarjeta de Medicare		NÚMERO DE MEDICARE: _____	
O		Tiene derecho a: _____ Fecha de vigencia: _____	
• Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios.		HOSPITAL (Parte A) _____	
		MÉDICO (Parte B) _____	
Debe tener las partes A y B de Medicare para unirse a un plan Medicare Advantage.			

Pago de la prima de su plan

Si determinamos que usted adeuda una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagar. Puede enviar su pago por correo. También puede elegir pagar su prima por medio de una deducción automática mensual de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios. Si se evalúa que tiene que pagar un monto de ajuste mensual acorde a sus ingresos (IRMAA) de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Se le puede retener la cantidad de su cheque de beneficios del Seguro Social o Medicare o la RRB se lo facturará directamente. **NO PAGUE** a CHRISTUS Health Plan el IRMAA de la Parte D.

Puede pagar por correo la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o adeude). También puede elegir pagar su prima por medio de una deducción automática mensual de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir ayuda adicional para pagar por los gastos de 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. Adicionalmente, quienes califiquen no se quedarán ningún período sin cobertura ni tendrán una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y no lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al **800.772.1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **800.325.0778**. Puede también solicitar ayuda adicional en línea ingresando 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 cubrirá toda o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos a usted la cantidad restante que Medicare no cubre.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá todos los meses una factura. Por favor, seleccione una opción de pago para la prima:

Recibir un estado de cuenta

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

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(Puede tomar dos meses o más para comenzar la deducción después que el Seguro Social o la RRB aprueba la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas que adeude de su inscripción desde la fecha que entra en vigor hasta que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud para deducción automática, le enviaremos una factura por su prima mensual).

Por favor, lea y responda estas importantes preguntas:

1. ¿Está usted en la etapa final de una enfermedad renal (EFER) Sí No

Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso y/o si ya no necesita diálisis en forma regular, por favor adjunte una nota o registros de su médico que muestren que su trasplante de riñón fue exitoso o que usted ya no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que tengamos que comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluyendo seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios médicos de empleados federales, beneficios para veteranos (VA) o programas estatales de ayuda farmacéutica.

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

Si respondió "Sí", por favor, haga una lista de sus otras coberturas y el (los) número(s) de identificación para la(s) cobertura(s):

Nombre de la otra cobertura No. de identificación de cobertura No. de grupo de la cobertura

3. ¿Es usted residente de una institución de cuidados a largo plazo, como un hogar de ancianos?

Sí No

Si respondió "Sí", por favor proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

4. ¿Está inscrito en un programa estatal de Medicaid? Sí No

Si respondió "Sí", por favor proporcione su número de Medicaid: _____

5. ¿Trabaja usted o su cónyuge? Sí No

Nombre completo del Proveedor | Médico de atención primaria: _____

Número de teléfono: _____

Número de identificación del Proveedor | Médico de atención primaria: _____

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

Marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea el inglés o en otro formato:

Español Braille Letra grande

Por favor, comuníquese con CHRISTUS Health Plan Generations al **844.282.3026** si necesita información en otro formato accesible o idioma además de los que se incluyeron anteriormente. Nuestro horario de atención es 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, 7 días a 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**.

STOP

Por favor, lea esta información importante

Si actualmente tiene cobertura médica por parte de un empleador o sindicato, inscribirse en CHRISTUS Health Plan puede afectar los beneficios médicos de su empleador o sindicato. Usted puede perder la cobertura médica de su empleador o sindicato si ingresa en CHRISTUS Health Plan.

Lea las comunicaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que aparece en sus comunicaciones. Si no hay información sobre con quien comunicarse, el administrador de sus beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudar.

Por favor, lea y firme a continuación:

Al completar esta solicitud de inscripción, estoy de acuerdo con lo siguiente:

CHRISTUS Health Plan Generations es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el Gobierno Federal. Tendré que mantener la cobertura de las partes A y B de Medicare. Solamente puedo estar en un plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan termina automáticamente mi inscripción en otro plan médico o plan de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarles acerca de cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga ahora o que pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan, por lo general, es por todo el año. Una vez inscrito(a), puedo salir de este plan o hacer cambios si el periodo de inscripción está disponible (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

CHRISTUS Health Plan Generations proporciona servicios a un área específica. Si me mudo fuera del área en la cual CHRISTUS Health Plan Generations proporciona el servicio, necesito notificar al plan de manera que pueda cancelar mi inscripción y encontrar otro plan en el área nueva. Desde el momento en que sea miembro de CHRISTUS Health Plan Generations, tengo el derecho de apelar cualquier decisión del plan sobre pagos o servicios, si estoy en desacuerdo. Leeré el Manual para miembros o el documento de Evidencia de Cobertura de CHRISTUS Health Plan Generations cuando lo reciba para saber cuáles reglas debo cumplir para obtener cobertura con este plan de Medicare Advantage. Entiendo que las personas que tienen Medicare generalmente no tienen la cobertura de Medicare cuando están fuera del país, a excepción de una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en que empieza la cobertura de CHRISTUS Health Plan Generations, debo recibir toda mi atención médica de CHRISTUS Health Plan Generations, a excepción de los servicios de emergencia o de urgencia que se necesiten fuera del área, o los servicios de diálisis. Se cubrirán los servicios autorizados por CHRISTUS Health Plan Generations y otros servicios que se incluyan en el documento Evidencia de Cobertura (conocido también como un contrato de membresía o un acuerdo de suscripción) de CHRISTUS Health Plan Generations. **NI MEDICARE NI CHRISTUS HEALTH PLAN GENERATIONS PAGARÁN LOS SERVICIOS** si no se tiene autorización.

Entiendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, corredor de seguros u otro individuo que trabaje o tenga contrato con CHRISTUS Health Plan Generations, es posible que se pague a dicha persona tomando en cuenta mi inscripción en CHRISTUS Health Plan Generations.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, entiendo que CHRISTUS Health Plan Generations divulgará mi información a Medicare y a otros planes en caso de que sea necesario debido a tratamiento, pagos y atención médica. También, entiendo que CHRISTUS Health Plan Generations divulgará mi información incluyendo datos sobre mis medicamentos con receta a Medicare, quien puede divulgarla para estudios y otros propósitos que sigan todos los estatutos y reglamentos federales que apliquen. La información en este formulario de inscripción es correcta hasta donde tengo conocimiento. Entiendo que si, de manera intencional, proporciono información falsa en este formulario, se cancelará la inscripción de mi plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre de acuerdo a la ley del Estado en el que vivo) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de la misma. Si firmó una persona autorizada (como se describe arriba), la firma certifica que:

1. esta persona está autorizada conforme a las leyes estatales para completar esta inscripción y
2. los documentos de esta autorización están a disposición de Medicare, si los solicita.

Firma _____	Fecha de hoy _____
-------------	--------------------

Si usted es el representante autorizado, debe firmar en la línea anterior y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Relación con la persona inscrita: _____

Office Use Only (Para uso exclusivo de la oficina)

Name of staff member | agent | broker (if assisted in enrollment):

Print Name (required)

Plan ID #: _____ Broker NPN #: _____

Effective Date of Coverage: _____

ICEP | IEP: _____ AEP: _____ SEP (type): _____ Not Eligible: _____

Por lo general, usted se puede inscribir en un plan de Medicare Advantage solo durante el periodo anual de inscripción del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este periodo.

Por favor, lea las siguientes afirmaciones cuidadosamente y marque la casilla si dicha afirmación se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las casillas siguientes, está certificando que, según su leal saber y entender, usted reúne los requisitos para un Periodo de Inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se le cancele su inscripción.

- Soy miembro nuevo de Medicare
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Me mudé recientemente del área de servicio de mi plan actual o recién me mudé y este plan es una opción nueva para mí.
- Me mudé el (anotar la fecha): _____
- Recientemente salí de la cárcel. Fui liberado el (anotar la fecha): _____
- Recién volví a los Estados Unidos después de vivir fuera del país de forma permanente.
- Regresé a los Estados Unidos el (anotar la fecha): _____
- Recientemente obtuve mi condición de residente legal de los Estados Unidos. Obtuve la residencia legal el (anotar la fecha): _____
- Recién tuve un cambio en mi Medicaid (recibí Medicaid recientemente, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (anotar la fecha): _____
- Recién tuve un cambio en mi Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recientemente recibí Ayuda adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí mi Ayuda adicional) el (anotar la fecha): _____
- Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Voy a vivir en, vivo en o recientemente me fui de un centro de atención de largo plazo (por ejemplo, un hogar para ancianos. Me mudé / me mudaré a / del centro el (anotar la fecha): _____
- Recién abandoné un programa PACE el (anotar la fecha): _____
- Recién perdí involuntariamente mi cobertura acreditada de medicamentos con receta (equivalente a la de Medicare).
- Perdí mi cobertura de medicamentos el (anotar la fecha): _____
- Abandonaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (anotar la fecha): _____
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica de mi estado.
- Mi plan terminará su contrato con Medicare o Medicare terminará su contrato con mi plan.
- Estuve inscrito en un plan de Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó en (anotar la fecha): _____

Estuve inscrito en un Programa de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero ya no reúno los requisitos de necesidades especiales para estar en ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (anotar la fecha): _____

Me vi afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA). Otra de las afirmaciones en este documento se aplica a mí, pero no pude inscribirme a causa del desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica en su caso o si no lo sabe con certeza, llame a CHRISTUS Health Plan Generations al **844.282.3026** o **711** para los usuarios de TTY, para averiguar si usted reúne los requisitos para inscribirse. Atendemos los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., tiempo local.