

CHRISTUS Health Plan 2023 Solicitud de un Plan Medicare Advantage

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare que quieran inscribirse en un plan Medicare Advantage o un plan de medicamentos con receta de Medicare.

Para inscribirse en un plan, usted debe cumplir los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan.

Importante: para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener lo siguiente:

- La Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- La Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan en los siguientes momentos:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que comienza el 1 de enero).
- Dentro de los 3 meses de haber recibido Medicare por primera vez.
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse en un plan 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 en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección y número de teléfono permanentes

Nota: debe completar todos los puntos en la Sección 1. Los puntos en la Sección 2 son opcionales. No se le puede denegar la cobertura si no los completa.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de jubilación para ferroviarios [Railroad Retirement Board, RRB]).

¿Qué sucede a continuación?

Envíe su formulario completo y firmado a la siguiente dirección:

CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)
919 Hidden Ridge Drive
Irving | TX 75038

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, lo contactarán.

¿Cómo puedo recibir ayuda con este formulario?

Llame a CHRISTUS Health Plan Generations (HMO) al 844.282.3026. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

O 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 CHRISTUS Health Plan Generations (HMO) al 844.282.3026, TTY 711 o a Medicare gratis al 1.800.633.4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Para personas que no tienen hogar

- Si desea unirse a un plan, pero tiene una residencia permanente, se puede considerar una casilla de correo, una dirección en la que recibe correo (por ejemplo, los cheques del seguro social) como una dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) 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 (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-NEW. Se estima que el tiempo requerido para completar esta información es de 20 minutos en promedio por persona, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de información existentes, recolectar la información necesaria y completar y revisar la información recolectada. Si tiene comentarios sobre la exactitud del tiempo estimado o si tiene 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 elemento de información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de validación de Informes de la PRA. Cualquier elemento que recibamos que no trate acerca de cómo mejorar este formulario o la carga de recolección de datos (descrita en OMB 0938 1378) será destruido. No se guardará ni se revisará y tampoco se enviará al plan. Consulte la sección "¿Qué sucede a continuación?" en esta página para enviar su formulario completado al plan.



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	Ciudad	Estado	Código postal
Por favor complete lo siguiente:			
Actualmente soy miembro de:			
_____ CHRISTUS Health Plan Generations (HMO) con una prima mensual de \$ _____.			
_____ CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) con una prima mensual de \$ _____.			
_____ CHRISTUS Health Plan Guardian (HMO) con reembolso de la Parte B con una prima mensual de \$ _____.			
Me gustaría cambiar a:			
_____ CHRISTUS Health Plan Generations (HMO). Comprendo que este plan tiene diferentes beneficios de salud y una prima mensual de \$ _____. Disponible únicamente en los siguientes condados: Camp, Cass, Cherokee, Franklin, Gregg, Harrison, Henderson, Hopkins, Marion, Morris, Panola, Red River, Rusk, Smith, Titus, Upshur, Van Zandt y Wood.			
_____ CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO). Comprendo que este plan tiene diferentes beneficios de salud y una prima mensual de \$ _____.			
_____ CHRISTUS Health Plan Guardian (HMO). Comprendo que este plan tiene diferentes beneficios de salud y una prima mensual de \$ _____. También incluye un reembolso de la Parte B.			
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			
Si necesita información en un formato accesible o un idioma distinto de los mencionados arriba, póngase en contacto con CHRISTUS Health Plan al 844.282.3026 . 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 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 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) 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 esta 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 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 esta 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 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 cada mes. Elija una opción de pago de la prima:

Obtenga una factura

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

Recibo 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 (HMO), Generations Plus (HMO) o Guardian (HMO).

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. A mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. 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 (HMO), Generations Plus (HMO) o Guardian (HMO), 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 (HMO), Generations Plus (HMO) o Guardian (HMO) (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 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 una persona autorizada (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta 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:

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: _____

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede denegar la cobertura si no las responde.

(Haga clic en la casilla que corresponda)

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todos los que correspondan.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Sí, mexicano(a), mexicano(a) |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño(a) | estadounidense, chicano(a) |
| <input type="checkbox"/> Sí, de otro origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Sí, cubano(a) |
| <input type="checkbox"/> Elijo no responder. | |

¿Cuál es su raza? Seleccione todos los que correspondan.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena americana o nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> India asiática | |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana |
| <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Otra asiática | <input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Blanca | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Elijo no responder. | | |

Uso de la oficina solamente:

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

Núm. de identificación del plan: _____

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____

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

¿En dónde se originó esta solicitud?

- Clínica Cita en el hogar Evento Oficina Otro