

CHRISTUS Health Plan Generations y Generations Plus (HMO) 2021

Solicitud del Plan Medicare Advantage

¿Quién puede usar esta forma?

Las personas con Medicare que deseen inscribirse a un plan Medicare Advantage o un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Para inscribirse a un plan, usted debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente legalmente en los EE.UU.
- Vivir en el área de servicio del Plan

Importante: Para inscribirse a un Plan Medicare Advantage, usted también debe tener ambas de las siguientes:

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

¿Cuándo debo usar esta forma?

Usted puede inscribirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre cada año (para la cobertura que inicia el 11 de enero)
- Dentro de los tres meses posteriores a cuando obtuvo Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones cuando usted tenga permitido inscribirse o cambiarse de plan

Visite Medicare.gov para saber más sobre cuándo puede inscribirse a un plan.

¿Qué necesito para llenar esta forma?

- Sus números de Medicare (el número de su tarjeta Medicare de color rojo, blanco y azul)
- Su dirección permanente y su número de teléfono

Nota: Usted debe llenar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales - no se le puede negar la cobertura porque no los llene.

Recordatorios:

- Si usted desea inscribirse a un plan durante el periodo de inscripción de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su forma llena antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Usted 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 Retiro Ferroviario).

¿Qué sucederá a continuación?

Envíe su forma llena y firmada a:
CHRISTUS Health Plan Generations (HMO)
919 Hidden Ridge Drive
Irving | TX 75038
Le contactarán una vez que procesen su solicitud para inscribirse.

¿Cómo obtengo ayuda para esta forma?

Call CHRISTUS Health Plan Generations (HMO) at 844.282.3026. TTY users can call 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.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. (Oficina de Administración y Presupuesto). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-NEW. Se estima que el tiempo requerido para llenar esta información es de 20 minutos en promedio por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, así como llenar y revisar la información recopilada. Si usted tiene cualquier comentario en relación con la exactitud de la estimación del tiempo, o sugerencias para mejorar esta forma, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atn.: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe esta forma ni ningún artículo con su información personal (como reclamaciones, pagos, expedientes médicos, etc.) al PRA Reports Clearance Officer. Cualquier artículo que recibamos que no sea sobre cómo mejorar esta forma o su carga de recolección (descrita en OMB 0938-1378) se destruirá. No se conservará, ni revisará, ni se enviará al plan. Consulte "¿Qué sucederá a continuación?" en esta página para enviar su forma llena al plan.

Solicitud de Inscripción a CHRISTUS Health Plan Generations

Por favor, seleccione el plan que desea:

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

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

Por favor, contacte a CHRISTUS Health Plan si usted necesita información en otro idioma o formato (Braille).

Para inscribirse a CHRISTUS Health Plan Generations (HMO), por favor, proporcione la siguiente información:			
APELLIDO		NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE
			<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srita.
FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)	GÉNERO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NÚMERO TELEFÓNICO DE CASA	NÚMERO TELEFÓNICO ALTERNO
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA PERMANENTE (NO se admite p.o. box)			
CIUDAD	ESTADO	CONDADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN DE CORREO (Solo si es diferente de la Dirección de residencia permanente)			
INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA			
NOMBRE:			
NÚMERO DE TELÉFONO:		RELACIÓN CON USTED:	
EMAIL (Optional)			
Por favor, proporcione su información de seguro de Medicare			
Por favor, tome su tarjeta de Medicare de color rojo, blanco y azul para llenar esta sección.		NOMBRE (Tal como aparece en su tarjeta de Medicare): _____	
<ul style="list-style-type: none"> Llene esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare 		NÚMERO DE MEDICARE: _____	
<input type="radio"/>		Tiene derecho a: _____ Fecha efectiva: _____	
<ul style="list-style-type: none"> Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario. 		HOSPITAL (Parte A) _____	
		MÉDICO (Parte B) _____	
		Usted debe tener las Partes A y B para inscribirse a un Plan Medicare Advantage.	

Cómo pagar la prima de su plan

Si determinamos que usted adeuda una penalización por inscripción tardía (o si usted tiene una penalización por inscripción tardía en la actualidad), necesitamos saber cómo preferiría pagarla. Usted puede pagar por correo. También, puede elegir pagar su prima por deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) cada mes. Si a usted se le evalúa como Parte D - Cantidad de Ajuste Mensual Relacionada con los Ingresos (IRMAA), la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. La cantidad se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social o se le facturará directamente por parte de Medicare o la RRB. NO le pague a CHRISTUS Health Plan la Parte D - IRMAA (Cantidad de Ajuste Mensual Relacionada con Ingresos).

Usted puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier penalización por inscripción tardía que usted pueda tener en la actualidad o que pueda adeudar) por correo. También, puede elegir pagar su prima por deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) cada mes.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para la Ayuda Adicional con el fin de pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted es elegible, Medicare podría pagar el 75%, o más, de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. De manera adicional, aquellas personas que califiquen no estarán sujetas a un período sin cobertura ni a una penalización por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda Adicional, contacte a 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**. Usted también puede solicitar la Ayuda Adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si usted califica para la Ayuda Adicional con los costos de sus medicamentos recetados de Medicare, esta última pagará toda o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos la cantidad que no cubra Medicare.

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

Por favor, seleccione una opción de pago de prima:

Recibir una factura

Deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) mensual.

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social/la RRB puede tardarse dos meses o más en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud para deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas vencidas desde la fecha efectiva de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

Nombre del solicitante _____

Número de Medicare del solicitante _____

Por favor, lea y responda estas preguntas importantes

1. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluido un seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios médicos de empleado federal, beneficios de VA (Veteranos) o programas de asistencia farmacéutica estatal.

¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos recetados además de CHRISTUS Health Plan? Sí No
De ser sí, por favor, indique su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación (ID) para esta cobertura.

Nombre de la cobertura No. de ID para la cobertura No. de grupo para la cobertura

2. ¿Es usted residente en un centro de atención médica de largo plazo, como un asilo de ancianos? Sí No

En caso afirmativo, por favor proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

3. ¿Está usted inscrito en su programa estatal de Medicaid? Sí No

En caso afirmativo, por favor proporcione su n.º. De Medicaid: _____

4. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

Nombre completo del proveedor/PCP: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

N.º de ID del proveedor/PCP: _____

¿En la actualidad está usted viendo o ha visto recientemente a este proveedor? Sí No

Por favor, marque uno de los cuadros a continuación si usted preferiría que le enviásemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible:

Español Braille Letra grande

Por favor, contacte a CHRISTUS Health Plan Generations al **844.282.3026** si usted necesita información en un formato accesible o un idioma que no sea el que se indica antes. Nuestro horario de oficina es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, 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 de Medicare del solicitante _____

ALTO

Por favor, lea esta información importante.

Si en la actualidad usted tiene cobertura médica por parte de un empleador o sindicato, inscribirse a CHRISTUS Health Plan podría afectar los beneficios médicos de su empleador o sindicato. Usted podría perder la cobertura médica por parte su empleador o sindicato si se inscribe a CHRISTUS Health Plan.

Lea los comunicados que le envía su empleador o sindicato. Si usted tiene preguntas, visite su sitio web o contacte a la oficina que se indica en sus comunicados. Si no hay ninguna información sobre a quién contactar, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura le pueden ayudar.

Por favor, lea y firme a continuación.

Al llenar 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. Necesitaré conservar las Partes A y B de mi Medicare. Solo puedo estar en un plan Medicare Advantage a la vez, y entiendo que con mi inscripción a este plan se me dará de baja, automáticamente, de cualquier otro plan médico Medicare o plan de medicamentos recetados. Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que yo tenga o pueda obtener en el futuro. La inscripción a este plan, por lo general, es por un año completo. Una vez que me inscriba, puedo dejar este plan o hacer cambios solo en ciertos momentos del año cuando esté disponible un periodo de inscripción (Por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre cada año) o bajo ciertas circunstancias especiales.

CHRISTUS Health Plan Generations atiende a un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área que atiende CHRISTUS Health Plan Generations, necesito notificar al plan para que pueda terminar la inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de CHRISTUS Health Plan Generations, tendré el derecho de apelar las decisiones del plan sobre el pago o los servicios si no estoy de acuerdo. Leeré, ya sea el Manual de Miembros, o el documento de Evidencia de Cobertura de CHRISTUS Health Plan Generations cuando lo reciba con el fin de conocer cuáles reglas debo seguir para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare, por lo general, no tienen cobertura bajo Medicare mientras estén fuera del país, con excepción de la cobertura limitada cerca de la frontera de los EE.UU.

Entiendo 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, excepto los servicios de emergencia o necesarios con urgencia, o servicios de diálisis fuera del área. Estarán cubiertos los servicios autorizados por CHRISTUS Health Plan Generations y otros servicios contenidos en el documento que contiene mi Evidencia de Cobertura de CHRISTUS Health Plan Generations (también conocido como contrato de miembro o convenio de suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI CHRISTUS HEALTH PLAN GENERATIONS PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si estoy recibiendo asistencia de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por CHRISTUS Health Plan Generations, a esta persona se le podrá pagar con base en mi inscripción en CHRISTUS Health Plan Generations.

Nombre del solicitante _____

Número de Medicare del solicitante _____

Divulgación de información: Al inscribirme a este plan de salud de Medicare, reconozco que CHRISTUS Health Plan Generations divulgará mi información a Medicare y otros planes conforme sea necesario para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También, reconozco que CHRISTUS Health Plan Generations divulgará mi información, incluidos mis datos sobre eventos de medicamentos recetados a Medicare, la cual podrá divulgar con propósitos de investigación y de otra naturaleza que sigan todos los estatutos y las reglamentaciones federales aplicables. La información en esta forma de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporcioné información falsa de manera intencional en esta forma, se me retirará la inscripción del plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre bajo las leyes del Estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si la firma una persona autorizada (conforme se describe antes), esta firma certifica que:

1. Esta persona está autorizada, bajo la ley del Estado, para llenar esta inscripción y 2) la documentación y
2. La documentación de esta autoridad está disponible por petición de Medicare.

FIRMA DEL SOLICITANTE* o del representante legal autorizado (incluido un poder notarial, tutor legal, etc.)

Fecha de firma (MM/DD/AAAA) _____

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

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Código Postal _____

Número de teléfono _____

Relación con el solicitante _____

SOLO PARA USO DEL AGENTE

Nombre del agente _____

Firma del agente que _____

Firma (requerida) _____

Firma (requerida) _____

No. de Identificación del plan: _____

No. de NPN del corredor: _____

Fecha efectiva de cobertura: _____

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

¿Dónde se originó esta solicitud?

Where did this application originate?

Clínica

Cita en casa

Evento

Walmart

Oficina

Otro

Nombre del solicitante _____

Número de Medicare del solicitante _____

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

Por favor, lea con cuidado las siguientes oraciones y marque el cuadro si la oración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de los siguientes cuadros, usted certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para un periodo de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, a usted se le podrá retirar de la inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage(MA OEP).
- En forma reciente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o en forma reciente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (inserte la fecha): _____
- me liberaron de prisión. Me liberaron el (inserte la fecha): _____
- Regresé a los Estados Unidos recientemente después de vivir en forma permanente fuera de los EE.UU. Regresé a los EE.UU. el (inserte la fecha): _____
- En forma reciente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Recibí este estatus el (inserte la fecha): _____
- En forma reciente tuve un cambio en mi Medicaid (recién obtuve Medicaid, tuve un cambio de nivel de asistencia Medicaid o perdí Medicaid) el (inserte la fecha): _____
- En forma reciente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recién obtuve Ayuda Extra, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Extra, o perdí la Ayuda Extra) el (inserte la fecha): _____
- Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi Estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Extra para pagar la cobertura de mis medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me voy a mudar a, vivo en, o en forma reciente me mudé fuera de un centro de atención de largo plazo (por ejemplo, un asilo de ancianos). Me mudé a, me mudaré a, me mudé fuera del centro el (inserte la fecha): _____
- En forma reciente dejé un programa PACE el (inserte la fecha): _____
- En forma reciente perdí involuntariamente la cobertura de mis medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí la cobertura de mis medicamentos el (inserte la fecha): _____
- Voy a dejar la cobertura de empleador o sindicato el (inserte la fecha): _____
- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia que brinda mi Estado.
- Mi plan está por terminar su contrato con Medicare, o Medicare está por terminar su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan por parte de Medicare (o de mi Estado) y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción a este plan comenzó el (inserte la fecha): _____
- Estaba inscrito en un Programa de Necesidades Especiales (SNP) pero he perdido la calificación para necesidades especiales que se requiere para estar en ese plan. Me retiraron la inscripción del SNP el (inserte la fecha): _____
- Resulté afectado por una emergencia o un desastre mayor (conforme lo declaró la Agencia de Administración de Emergencias Federales (FEMA) o una entidad de gobierno federal, estatal o local). Una de las otras oraciones aquí incluidas aplicaba para mí, pero no pude hacer mi solicitud de inscripción por el desastre.

Si ninguna de estas oraciones aplica para usted o no está seguro, por favor contacte a CHRISTUS Health Plan Generations al **844.282.3026**, o al **711** para usuarios de TTY, con el fin de ver si usted es elegible para inscribirse, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.