

Solicitud del plan Medicare Advantage de CHRISTUS Health Plan Generations para 2022

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que deseen unirse al plan Medicare Advantage o al Plan de Medicamentos con Receta de Medicare.

Para unirse a un plan, deberá:

- Ser ciudadano estadounidense o estar dentro de EE. UU. de manera legal
- Vivir en el área de servicio del Plan

Importante: Para unirse al plan Medicare Advantage, también debe tener:

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

¿Cuándo puedo usar este formulario?

Puedes unirte a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para que la cobertura inicie el 1 de enero)
- 3 meses después de obtener Medicare por primera vez

- En ciertas situaciones en donde le permiten unirse o cambiar planes

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para conocer más sobre cuándo puede inscribirse a un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Sus Números de Medicare (el número en su tarjeta Medicare roja, blanco y azul)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debe completar todos los numerales en la Sección 1. Los numerales en la Sección 2 son opcionales; no se le puede rechazar la cobertura si no los llena.

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (15 de octubre a 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 sus pagos por la prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio del Seguro Social mensual (o de la Junta de Retiro Ferroviario).

¿Cuál es el siguiente paso?

Envíe su formulario completo y terminado a:
CHRISTUS Health Plan Generations (HMO) 919
Hidden Ridge Drive
Irving | TX 75038

Una vez procesen su solicitud para unirse, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda para completar este formulario?

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

O bien, llamar 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.

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona debe responder a ninguna recopilación de información a menos que se muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para la recopilación de esta información es 0938-NEW. El tiempo necesario para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, investigar los recursos para los datos, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o 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 o ningún artículo con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Cualquier artículo que recibamos que no se relacione con cómo mejorar este formulario o las molestias para recopilar la información (como se describe en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni reenviará al plan. Vea “¿Cuál es el siguiente paso?” en esta página para enviar su formulario completo 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 (no se permite código postal)			
Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Dirección postal (solo si es diferente a su dirección permanente de calle)			
Dirección	Ciudad	Estado	Zip
<p>Por favor complete lo siguiente:</p> <p>Actualmente soy miembro de:</p> <p>___ CHRISTUS Health Plan Generations (HMO) con una prima mensual de \$_____.</p> <p>___ CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) con una prima mensual de \$_____.</p> <p>___ Bonificación de CHRISTUS Health Plan Guardian (HMO) Parte B con una prima mensual de \$_____.</p> <p>Me gustaría cambiar a:</p> <p>___ CHRISTUS Health Plan Generations (HMO). Comprendo que este plan tiene diferentes beneficios de salud y una prima mensual de \$_____. No está disponible en los siguientes condados: Aransas, Bee, Jim Wells, Kleberg, Nueces, Refugio y San Patricio.</p> <p>___ CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO). Comprendo que este plan tiene diferentes beneficios de salud y una prima mensual de \$_____.</p> <p>___ CHRISTUS Health Plan Guardian (HMO). Comprendo que este plan tiene diferentes beneficios de salud y una prima mensual de \$_____. También incluye una bonificación de la Parte B.</p>			
Nombre del proveedor de atención primaria (PCP) que eligió:			
<p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Letra grande</p> <p>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.</p>			



Su Prima del plan

Si determinamos que adeuda una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo preferiría pagarla. Puede pagar por correo. También puede pagar su prima por deducción automática de su beneficio del Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario (RRB, en inglés). Si está evaluando un ajuste del monto mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, 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 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 mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios.

Si 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 adicional además de la prima de su plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o Medicare o la de 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 adicional 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 coaseguros. 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.

Lea y firme a continuación

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

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

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 domiciliar

Event

Walmart

Oficina

Otro