

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?

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

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 -0938NEW. 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 C05-26-4, Baltimore, Maryland 1850-21244.

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 1378-0938) 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.



Nombre del plan al que se inscribe: _____			
Nombre: _____		Número de Medicare o Número de miembro: _____	
Número telefónico de casa: _____			
Dirección permanente (No se admite p.o. box) _____			
Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
Dirección de correo (solo si es diferente de su Dirección permanente):			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
<p>Por favor, llene lo siguiente:</p> <p>En la actualidad soy miembro de:</p> <p>----- Generations (HMO) plan en CHRISTUS Health Plan con una prima mensual de \$ -----.</p> <p>----- Generations Plus (HMO) plan en CHRISTUS Health Plan con una prima mensual de \$ -----</p> <p>Me gustaría cambiar a:</p> <p>----- Generations (HMO) plan en CHRISTUS Health Plan. Entiendo que este plan tiene beneficios médicos diferentes y una prima mensual de \$ -----.</p> <p>----- Generations Plus (HMO) plan en CHRISTUS Health Plan. Entiendo que este plan tiene beneficios médicos diferentes y una prima mensual de \$ -----.</p>			
Nombre del médico de cabecera (PCP) elegido: _____			
<p>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:</p> <p><input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Letra grande</p> <p>Por favor, contacte a CHRISTUS Health Plan Generations o a Generations Plus 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 de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.</p>			



La prima de su plan

If we determine that you owe a late enrollment penalty (or if you currently have a late 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 pagarla por correo. También, puede 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 Ingresos, 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 (incluida cualquier penalización por inscripción tardía que usted pueda tener en la actualidad o que pueda deber) por correo. También, puede elegir pagar su prima por deducción automática de su cheque del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario cada mes.

Si a usted se le evalúa como Parte D - Cantidad de Ajuste Mensual Relacionada con Ingresos, 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 Junta de Retiro Ferroviario. NO le pague a CHRISTUS Health Plan la Parte D - IRMAA (Cantidad de Ajuste Mensual Relacionada con Ingresos).

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para la Ayuda Adicional con el fin de pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar el %75 o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas de medicamentos recetados mensuales, los deducibles anuales y el coaseguro. De manera adicional, aquellas personas que califiquen no tendrán un periodo sin cobertura ni penalización por inscripción tardía. Muchas personas califican 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. You can also apply for Extra Help online at www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si usted califica para la Ayuda Adicional con los costos de su cobertura de para medicamentos recetados de Medicare, esta última pagará toda o parte de la prima de su plan para este beneficio. 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 RRB mensual.

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social 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



la 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).

Por favor, lea y firme a continuación

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

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

Divulgación de información: Al unirme a este plan médico de Medicare, reconozco que este último divulgará mi información a Medicare y otros planes conforme sea necesario para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También, reconozco que CHRISTUS Health Plan 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 proporciono información falsa de manera intencional en esta forma, se me retirará la inscripción del plan. Entiendo que las personas con Medicare no tienen cobertura bajo Medicare mientras estén fuera del país, con excepción de 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 o Generations Plus, debo recibir toda mi atención médica de CHRISTUS Health Plan, 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 y otros servicios contenidos en mi Documento de Evidencia de Cobertura de CHRISTUS Health Plan Generations o Generations Plus (también conocido como contrato de miembro o convenio de suscriptor). Sin autorización, NI MEDICARE NI CHRISTUS HEALTH PLAN PAGARÁN LOS SERVICIOS.

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 de esta autoridad está disponible por petición de Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:



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

Nombre: _____

Dirección: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

Relación con el inscrito: _____

Solo para uso de la oficina:

Nombre del miembro del personal/agente/corredor (si se le ayudó en la inscripción): _____

No. de Identificación del plan: _____

Fecha efectiva de cobertura: _____

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

¿Dónde se originó esta solicitud?

- Clínica Cita en casa Evento Walmart Oficina Otro