

Presbyterian UltraFlex (HMO-POS) y Presbyterian Senior Care (HMO) Plan 2 with Rx
Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión referente a la inscripción, es importante que entienda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene preguntas, nos puede llamar al **(505) 923-8458** o **1-800-347-4766**. Las personas que utilizan el sistema TTY pueden llamar al 711.

Para entender los beneficios

- La Evidencia de Cobertura [Evidence of Coverage, EOC] tiene una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante repasar la cobertura del plan, los costos y los beneficios antes de inscribirse. Visite **www.phs.org/medicare** o llame al **(505) 923-8458** o **1-800-347-4766**, las personas que utilizan el sistema TTY pueden llamar al 711, para pedir copia de la Evidencia de Cobertura.
- Para Presbyterian Senior Care (HMO), repase la guía de proveedores de atención médica (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta actualmente forman parte de la red. Si no aparecen en la lista, quiere decir que lo más probable es que tenga que seleccionar un nuevo médico.
- Repase la guía de farmacias para asegurarse de que la farmacia que le surta cualquier medicamento con receta forma parte de la red. Si la farmacia no aparece en la lista, lo más probable es que tenga que seleccionar una farmacia nueva para surtirle sus medicamentos con receta.
- Repase la lista de medicamentos [formulary] para asegurarse de que se cubran sus medicamentos.

Para entender las reglas importantes

- Además de la prima mensual de su plan, tiene que seguir pagando su prima de la Parte B del Programa Medicare. Dicha prima, por lo general, se retira de su cheque de Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro pudieran cambiar el 1° de enero del 2024.
- Para Presbyterian Senior Care (HMO) Plan 2 with Rx, salvo en situaciones de emergencia o urgentes, no cubrimos los servicios que presten los proveedores de atención médica que no forman parte de la red (médicos cuyos nombres no aparecen en la guía de proveedores de atención médica).
- Para Presbyterian UltraFlex (HMO-POS), nuestro plan le permite consultar a proveedores de atención médica fuera de nuestra red (proveedores de atención médica no contratados). Sin embargo, aunque pagamos los servicios cubiertos que le presten los proveedores de atención médica no contratados, el proveedor de atención médica tiene que estar dispuesto a tratarle. Salvo en situaciones de emergencia o urgentes, los proveedores de atención médica no contratados pueden negarse a prestar servicios médicos. Además, pagará un copago más alto por los servicios que reciba de proveedores de atención médica no contratados.

Presbyterian existe para mejorar la salud de los pacientes, de los asegurados y de las comunidades que servimos.

www.phs.org/Medicare

**Formulario de solicitud de inscripción individual de UltraFlex (HMO-POS) y
Presbyterian Senior Care (HMO) Plan 2 with Rx del 2023**

<p>¿Quiénes pueden utilizar este formulario?</p> <p>Las personas con la cobertura del Programa Medicare que se quieran inscribir en un plan de Medicare Advantage</p> <p>Para inscribirse en un plan, tiene que:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente legalmente en los Estados Unidos• Vivir en la zona de servicio del plan <p>Importante: Para inscribirse en un plan de Medicare Advantage, también debe tener ambos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Parte A Medicare (seguro de hospital)• Parte B Medicare (seguro médico)	<p>Para recordarle:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si desea inscribirse en un plan durante el período de inscripción abierta del otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan tiene que recibir su formulario relleno antes del 7 de diciembre.• Si su plan tiene prima de seguro, su plan le enviará una factura de la prima de su plan. Puede inscribirse para que le descuenten sus pagos de la prima de su cuenta bancaria o de su prestación mensual de Seguro Social (o Junta de Retiro Ferroviario).
<p>¿Cuándo debo utilizar este formulario?</p> <p>Se puede inscribir en un plan:</p> <ul style="list-style-type: none">• Del 15 de octubre al 7 de diciembre cada año (para que la cobertura comience a partir del 1° de enero)• En los primeros tres (3) meses, a partir de cuando consiga la cobertura del Programa Medicare por primera vez• En ciertas situaciones bajo las cuales se le permite inscribirse o cambiar de plan <p>Visite Medicare.gov para informarse más a fondo acerca de cuándo se puede inscribir en un plan.</p>	<p>¿Qué sucede de aquí en adelante?</p> <p>Envíe su formulario, una vez que lo haya llenado y firmado a:</p> <p>Presbyterian Health Plan, Inc. P.O. Box 27489 Albuquerque, NM 87125-7489 Fax: (505) 923-5385</p> <p>Una vez que hayamos procesado su solicitud de inscripción, nos pondremos en contacto con usted.</p>
<p>¿Qué necesito para llenar este formulario?</p> <ul style="list-style-type: none">• Su número del Programa Medicare (el número que se encuentra en su tarjeta roja, blanca y azul del Programa Medicare)• Su domicilio permanente y número de teléfono <p>Fíjese bien: Tiene que llenar todo lo de la Sección 1. Lo de la Sección 2 es opcional: no se le puede denegar la cobertura por no llenarla.</p>	<p>¿Cómo puedo conseguir ayuda para llenar este formulario?</p> <p>Llame a Presbyterian al 923-8458 o 1-800-347-4766. Las personas que utilizan el sistema TTY pueden llamar al 711.</p> <p>O, llame al Programa Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Las personas que utilizan el sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para las personas sin hogar</p> <p>Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene domicilio permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica o la dirección donde recibe correo (p. ej., sus cheques de Seguro Social) se pueden considerar como su dirección de domicilio permanente.</p>

**Formulario de solicitud de inscripción individual de UltraFlex (HMO-POS) y
Presbyterian Senior Care (HMO) Plan 2 with Rx del 2023**

**Sección 1: Es obligatorio llenar todos los campos de esta página
(a menos que se indique que es opcional)**

Seleccione el plan en el cual se quiere inscribir:

Se incluyen los medicamentos de la Parte D:

_____ **Presbyterian UltraFlex (HMO-POS) with Rx** - \$0 al mes. Está disponible en estos condados: Bernalillo, Cíbola, Curry, Lincoln, Quay, Río Arriba, Sandoval, Santa Fe, Socorro, Torrance y Valencia.

_____ **Presbyterian Senior Care (HMO) Plan 2 with Rx** - \$0 al mes.
Está disponible en estos condados: Bernalillo, Cíbola, Río Arriba, Sandoval, Santa Fe, Socorro, Torrance y Valencia.

Beneficio suplementario opcional:

_____ **Seguro dental completo** - \$9 al mes

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____ Inicial del medio (opcional): _____

Fecha de nacimiento: (M M / D D / A A A A) (__ / __ / __ __)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de teléfono: ()	Correo electrónico (opcional):
-----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

Dirección de la calle de su domicilio permanente (no puede ser apartado postal):

Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
---------	----------	---------	----------------

Dirección postal, solo si es diferente de la dirección de su domicilio permanente (puede ser un apartado postal):

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Su información del Programa Medicare:

Número del Programa Medicare: _____ - _____ - _____

Conteste estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como de VA, TRICARE) además de Presbyterian UltraFlex o Presbyterian Senior Care (HMO)? Sí No

Si contestó afirmativamente, nombre de la otra cobertura: _____

Número del asegurado de esta cobertura: _____

Número grupal de esta cobertura: _____

**Formulario de solicitud de inscripción individual de UltraFlex (HMO-POS) y
Presbyterian Senior Care (HMO) Plan 2 with Rx del 2023**

IMPORTANTE: Favor de leer y firmar a continuación:

- Tengo que mantener mi cobertura de hospital (Parte A) y médica (Parte B) para permanecer inscrito en Presbyterian UltraFlex o Presbyterian Senior Care (HMO).
- Al inscribirme en este plan de Medicare Advantage, reconozco que Presbyterian UltraFlex y Presbyterian Senior Care (HMO) divulgarán mi información al Programa Medicare, el cual lo pudiera utilizar para estar al tanto de mi inscripción, hacer pagos y para otros fines que se permiten conforme a la ley la federal que autoriza la recopilación de dicha información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Entiendo que puedo estar inscrito en solo un plan de MA a la vez, y que mi inscripción en este plan automáticamente cancelará mi inscripción en otro plan de MA (se aplican las excepciones a los planes de MA PFFS, MA MSA).
- Su respuesta a este formulario se hace voluntariamente. Sin embargo, si no respondiera, pudiera afectar su inscripción en el plan.
- La información de este formulario está correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si intencionalmente aportara información falsa en este formulario, se me dará de baja del plan.
- Entiendo que Presbyterian UltraFlex y Presbyterian Senior Care tienen servicios de atención médica urgente y de emergencia por todo el mundo.
- Entiendo que cuando empiece mi cobertura de Presbyterian UltraFlex o Presbyterian Senior Care (HMO), tendré que recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Presbyterian UltraFlex o Presbyterian Senior Care (HMO). Se cubrirán los beneficios y servicios que proporcionan Presbyterian UltraFlex y Presbyterian Senior Care (HMO) y que se indican en mi documento de la "Evidencia de Cobertura" (que también se conoce como el contrato del asegurado o el convenio del inscrito) de Presbyterian UltraFlex o Presbyterian Senior Care (HMO). Ni el Programa Medicare ni Presbyterian UltraFlex o Presbyterian Senior Care (HMO) pagarán los beneficios o servicios que no se cubran.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona que tiene autorización legal para actuar en mi nombre) en esta solicitud quiere decir que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si lo firma un representante autorizado (según se describe más arriba), esta firma certifica que:
 - 1) Dicha persona está autorizada conforme a la ley estatal para llevar a cabo esta inscripción, y
 - 2) La documentación de dicha autorización está disponible bajo solicitud del Programa Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

**Si usted es representante autorizado, tiene que firmar más arriba
y proporcionar la información siguiente:**

Nombre:

Domicilio:

Número de teléfono:

Su relación o parentesco con la persona que se inscribe:

Solo para uso administrativo:

Nombre del integrante del personal, agente o funcionario de seguros (si le ayudó a inscribirse):

Nº del funcionario de seguros: _____ Fecha de recibo: _____

Cómo se recibió la inscripción: Sin turno con la presentación En casa con la presentación
 Seminario/Reunión Por teléfono Sin turno sin la presentación En casa sin la presentación
 Por correo Por correo electrónico Por fax

Nº de identificación del plan: _____ Fecha de vigencia de la cobertura: _____

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

Formulario de solicitud de inscripción individual de UltraFlex (HMO-POS) y Presbyterian Senior Care (HMO) Plan 2 with Rx del 2023

Sección 2: Todos los espacios de esta página son opcionales Usted decide si quiere contestar estas preguntas. No se le puede denegar la cobertura si no las contesta.	
Como parte de su inscripción, ¿quiere recibir algunos de los materiales siguientes por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos del plan <input type="checkbox"/> Resumen de beneficios <input type="checkbox"/> Evidencia de cobertura	
¿Es de origen hispano, latino o español? Marque todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> No, no de origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano/a <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño/a <input type="checkbox"/> Sí, cubano/a <input type="checkbox"/> Sí, de otro origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	
¿Qué es su raza? Marque todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> Nativo/a de América del Norte o nativo/a de Alaska <input type="checkbox"/> Chino/a <input type="checkbox"/> Coreano/a <input type="checkbox"/> Samoano/a <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Filipino/a <input type="checkbox"/> Nativo/a de Hawái <input type="checkbox"/> Vietnamés/a <input type="checkbox"/> Negro/a o afroamericano/a <input type="checkbox"/> Guameño/a o Chamorro/a <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Japonés/a <input type="checkbox"/> De otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar	
Todos los materiales están disponibles en español y en formato de lenguaje de computadora en nuestro sitio web o bajo solicitud. Están disponibles otras opciones, bajo solicitud; por ejemplo, otros idiomas, letra grande o braille. Favor de llamar a Presbyterian al (505) 923-6060 o 1-800-797-5343. Nuestras horas hábiles son de las 8:00 de la mañana a las 8:00 de la noche, los siete días de la semana del 1° de octubre al 31° de marzo, y de lunes a viernes (salvo los días feriados) del 1° de abril al 30 de septiembre. Las personas que utilizan el sistema TTY pueden llamar al 711. Seleccione uno si quiere que le enviemos información en otro idioma en vez del inglés. <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	
¿Trabaja usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Trabaja su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apunte el nombre de su proveedor de atención primaria [PCP por sus siglas en inglés], clínica o centro de salud:	
Para pagar las primas de su plan:	
Usted puede pagar su prima mensual del plan (incluso la multa por inscripción tardía que usted debe actualmente o que pudiera deber) por correo, "Transferencia Electrónica de Fondos [EFT por sus siglas en inglés]", o "tarjeta de crédito" cada mes. Además, puede elegir pagar su prima con una deducción automática de su cheque de prestaciones de Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario [RRB por sus siglas en inglés] cada mes. Favor de seleccionar una opción de pago:	
<input type="checkbox"/> Recibir una factura.	
<input type="checkbox"/> Transferencia Electrónica de Fondos [EFT por sus siglas en inglés] de su cuenta bancaria cada mes. Favor de adjuntar un cheque CANCELADO o proporcionar lo siguiente: Nombre del titular de la cuenta: _____ Código de identificación bancaria [routing number]: _____ Número de la cuenta bancaria: _____ Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito. Favor de proporcionar la información siguiente: Tipo de tarjeta: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Discover Nombre del titular de la cuenta, así como aparece en la tarjeta: _____ Número de la cuenta: _____ Fecha de vencimiento: __ / __ / ____ (MM/AAAA)	
<input type="checkbox"/> Deducción automática de su cheque mensual de prestaciones de Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario [RRB]. Recibo prestaciones mensuales de: <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Junta de Retiro Ferroviario Si tiene que pagar una suma por determinación del ajuste mensual conforme a sus ingresos [Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA] de la Parte D, tendrá que pagar esa cantidad adicional además de la prima de su plan. Por lo general, se retiene dicha suma de su cheque de prestaciones de Seguro Social o tal vez reciba una factura del Programa Medicare (o de la RRB). NO le pague a Presbyterian Senior Care (HMO) la IRMAA de la Parte D.	

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-592-7737 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-592-7737 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Navajo (Diné): Díí ats'íís dóó azee' bínnda'í díłkidgo, Dinék'ehjí yadałti'iigi ła' bich'í' hadíídzih. Béésh bee hane'é t'áá jíík'e be' hódíílnih, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-592-7737 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-592-7737 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-592-7737 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-592-7737 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-592-7737 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-592-7737 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-592-7737 (TTY: 711). 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-592-7737 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-592-7737 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके ककसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाकिया सेवाएँ उपिब्ध हैं. एक दुभाकिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-592-7737 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो कहन्दी बोिता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-592-7737 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-592-7737 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-592-7737 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-592-7737 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-855-592-7737 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。