

Presbyterian MediCare PPO
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 consultar una copia de la Evidencia de Cobertura.
- 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 2025.
- 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.
- Cómo afecta la cobertura actual.** Si está inscrito actualmente en un plan de Medicare Advantage, su cobertura actual de seguro médico de Medicare Advantage terminará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene la cobertura de TRICARE, tal vez afecte esa cobertura una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Favor de ponerse en contacto con TRICARE para conseguir más información.

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 Presbyterian Medicare PPO del 2024**

<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 rellenado 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 style="padding-left: 40px;">Presbyterian Insurance Co., Inc. P.O. Box 26267 Albuquerque, NM 87125-6267 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 MediCare PPO 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 Presbyterian Medicare PPO del 2024**

**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 MediCare PPO Plan 2 with Rx** - \$186 al mes

No se incluyen los medicamentos de la Parte D:
 ____ **Presbyterian MediCare PPO Plan 1** - \$43 al mes

Beneficio suplementario opcional:
 ____ **Seguro dental completo** - \$24.10 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: (Móvil preferencial) ()	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 MediCare PPO? 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 Presbyterian Medicare PPO del 2024**

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 MediCare PPO.
- Al inscribirme en este plan de Medicare Advantage, reconozco que Presbyterian MediCare PPO divulgará 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 MediCare PPO tiene servicios de atención médica urgente y de emergencia por todo el mundo.
- Entiendo que cuando empiece mi cobertura de Presbyterian MediCare PPO, tendré que recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Presbyterian MediCare PPO. Se cubrirán los beneficios y servicios que proporciona Presbyterian MediCare PPO 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 MediCare PPO. Ni el Programa Medicare ni Presbyterian MediCare PPO 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 Presbyterian Medicare PPO del 2024**

Sección 2: Todos los espacios de esta página son opcionales Usted decide si quiere contestar estas preguntas. No se le puede denegar la cobertura por no contestarlas.

Tal vez necesite ayuda para obtener acceso a la atención médica o los beneficios y pido que se pongan en contacto conmigo (marque todo lo que corresponda):

- Para buscar un nuevo proveedor de atención primaria [PCP por sus siglas en inglés]
- Para transferir una receta/medicamento (p.ej., cobertura, costo, encargo por correo)
- Coordinación de atención médica (por ejemplo, si tiene necesidades de atención médica complicadas)

Como parte de su inscripción, ¿quiere recibir algunos de los materiales siguientes por correo electrónico?

- Lista de medicamentos del plan
- Resumen de beneficios
- 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 MediCare PPO 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.

- Español Otro _____

¿Trabaja usted? Sí No

¿Trabaja su cónyuge? Sí No

Apunte el nombre de su proveedor de atención primaria [PCP por sus siglas en inglés], clínica o centro de salud:

**Formulario de solicitud de inscripción individual
de Presbyterian Medicare PPO del 2024**

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:

Recibir una factura.

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: Cheques Ahorros

Tarjeta de crédito. Favor de proporcionar la información siguiente:

Tarjetas que se aceptan: Visa MasterCard Discover

Nombre del titular de la cuenta, así como aparece en la tarjeta: _____

Número de la cuenta: _____ Fecha de vencimiento: __ / ____ (MM/AAAA)

Deducción automática de su cheque mensual de prestaciones de Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario [RRB].

Recibo prestaciones mensuales de: Seguro Social 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 MediCare PPO la IRMAA de la Parte D.