

Formulario de solicitud de inscripción individual de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) del 2021

<p>¿Quiénes pueden utilizar este formulario? 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.• 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? 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? 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 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 Dual Plus (HMO D-SNP) al (505) 923-7675 o 1-855-465-7737. 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>En español: Llame a Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) al (505) 923-7675 o 1-855-465-7737/TTY 711 o al Programa Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para ayudarle.</p>

Formulario de solicitud de inscripción individual de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) del 2021
**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:

Este plan es para las personas que tienen la cobertura de tanto del Programa Medicare como del Programa Medicaid. La prima de seguro depende de su nivel del subsidio por bajos ingresos [Low Income Subsidy, LIS]. A lo mejor el Programa Medicare pague la prima de su plan.

___ **H3204-013-004** para los condados de Bernalillo, Catron, Cíbola, Colfax, De Baca, Doña Ana, Eddy, Grant, Guadalupe, Harding, Hidalgo, Lea, Lincoln, Los Alamos, Luna, McKinley, Mora, Otero, Río Arriba, Sandoval, San Miguel, Santa Fe, Sierra, Socorro, Taos, Torrance, Union, o Valencia.

___ **H3204-013-005** para los condados de Chávez, Curry, Quay, Roosevelt o San Juan.

NOMBRE:	APELLIDO:	Inicial:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Fecha de nacimiento: (__ / __ / ____) (M M / D D / A A A A)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de teléfono: ()	Dirección de 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). Dirección de la calle:

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

Su información del programa Medicare:

Número del Programa Medicare: ____ - ____ - ____

Conteste estas preguntas importantes:

1. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como de VA, TRICARE) además de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)? Sí No
 Si contestó afirmativamente, Nombre de la otra cobertura: _____
 Número del asegurado de esta cobertura: _____
 Número grupal de esta cobertura: _____
2. ¿Está inscrito en el Programa Medicaid de su estado? Sí No
 Si contestó afirmativamente, su número del Programa Medicaid: _____

Formulario de solicitud de inscripción individual de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) del 2021**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 Dual Plus (HMO D-SNP).
- Al inscribirme en este plan de Medicare Advantage, reconozco que Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) 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).
- 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 las personas que tienen la cobertura del Programa Medicare por lo general no están cubiertas por Medicare si están fuera del país, salvo la cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
- Entiendo que cuando empiece mi cobertura de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP), tendré que recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). Se cubrirán los beneficios y servicios que proporciona Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) 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 Dual Plus (HMO D-SNP). Ni el Programa Medicare ni Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) 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 con la persona que se inscribe:

Formulario de solicitud de inscripción individual de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) del 2021**Sección 2: Es opcional llenar los campos de esta página**

Usted puede elegir contestar estas preguntas. No se le puede denegar la cobertura por no llenarlas.

Elija uno de los cuadritos a continuación si usted quiere que le enviemos la información en otro idioma en vez del inglés. Español Otro _____

Elija uno de los cuadritos a continuación si usted quiere que le enviemos la información en un formato accesible. Braille Letra grande CD de audio

Favor de ponerse en contacto con Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) al (505) 923-7675 o 1-855-465-7737. Si necesita información en un formato accesible, a parte de los que se indican más arriba. 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.

¿Trabaja usted? Sí No

¿Trabaja su cónyuge? Sí No

Apunte el nombre de su profesional médico de cabecera [PCP], clínica o centro médico:

Para pagar la prima de su plan (si corresponde):

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: Corriente Ahorros

Tarjeta de crédito. Favor de proporcionar la información siguiente:

Tipo de tarjeta: _____

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 Dual Plus (HMO D-SNP) la IRMAA de la Parte D.