

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 unírte 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.

Solicitud de inscripción para CHRISTUS Health Plan Generations

Verifique el plan que desea:

CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) Plan 005 (prima mensual de \$0)

CHRISTUS Health Plan Guardian (HMO) Plan 006 (prima mensual de \$0)

Comuníquese con CHRISTUS Health Plan si necesita información en otro idioma o formato (Braille).

Para inscribirse en CHRISTUS Health Plan Generations (HMO), proporcione lo siguiente

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE		Sr. Sra.	
FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)		SEX	M F	NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA		NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA PERMANENTE (NO se permite P. O. BOX)							
CIUDAD		ESTADO		CONDADO		CÓDIGO POSTAL	
DIRECCIÓN POSTAL (solo si es distinta a la Dirección de residencia permanente)							
INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS:							
NOMBRE:							
NÚMERO DE TELÉFONO:				RELACIÓN CON USTED:			
CORREO ELECTRÓNICO (opcional)							

Proporcione su información sobre el Seguro médico

<p>Para completar esta sección, tenga a mano su tarjeta Medicare roja, blanco y azul.</p> <ul style="list-style-type: none"> Llene esta información tal y como aparece en su tarjeta Medicare <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> Adjunte una copia de su tarjeta Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario. 	NOMBRE (tal y como aparece en su tarjeta Medicare):
	NÚMERO DE MEDICARE: _____
	Tiene derecho a: _____ Fecha de vigencia: _____
	HOSPITAL (Parte A) _____ MEDICAL (Parte B) _____
Debe tener Parte s A y B de Medicare para unirse a un plan Medicare Advantage.	

Cómo pagar la prima de su 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 elegir 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 (IRMA) de la Parte D, la Administración del Seguro Social se lo notificará. Usted deberá pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. A usted se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o bien recibirá la factura directamente de Medicare o la RRB. NO pague IRMAA de la Parte D de CHRISTUS Health Plan.

Puede pagar las primas mensuales de su plan (incluidas todas las multas por inscripción tardía que tenga actualmente o que adeude)] por correo. También puede elegir pagar su prima por deducción automática de su beneficio del Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario (RRB, en inglés).

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir ayuda extra para pagar por los gastos de medicamentos con receta. Si resulta elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de los medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no quedarán sujetas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos beneficios 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 reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. 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
- Descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social o de la RRB puede demorar dos meses o más en comenzar luego 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 descuento automático, el primer descuento del cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento en que comiencen 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).

Nombre del solicitante _____

Número de Medicare del solicitante _____

Lea y responda estas preguntas importantes.

1. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura para medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios de salud para empleados, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta además de CHRISTUS Health Plan? Si No

Si la respuesta es “Sí”, mencione la otra cobertura y su número de identificación de esa cobertura.

Nombre de la otra cobertura

Núm. de identificación para esta cobertura

Núm. de grupo para esta cobertura

2. ¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia? Si No

Si la respuesta es “Sí”, proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

3. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? Si No

Si la respuesta es “Sí”, proporcione su número de Medicaid: _____

4. ¿Usted o su cónyuge trabaja? Si No

Proveedor | Nombre completo del médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP):

Número de teléfono: _____

Proveedor | Núm. de identificación del médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP)

¿Está viendo o recientemente ha visto a este proveedor? Si No

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.

Español Braille Letra grande

Si necesita información en un formato accesible o un idioma distinto de los mencionados arriba, póngase en contacto con CHRISTUS Health Plan Generations al 844.282.3026. Atendemos de 8 a. m. a 8 p. m. hora local, los 7 días de la semana. Del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Nombre del solicitante _____

Número de Medicare del solicitante _____

ALTO

Lea esta información importante.

Si en la actualidad cuenta con la cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en CHRISTUS Health Plan podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato. Si se inscribe en CHRISTUS Health Plan, podría perder la cobertura de salud provista por su empleador o sindicato.

Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite el sitio web o comuníquese con la oficina que figura en las comunicaciones. Si no cuenta con información sobre con quién contactarse, puede recibir ayuda del administrador de beneficios o la oficina encargada de responder preguntas sobre su cobertura.

Lea y firme a continuación.

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

CHRISTUS Health Plan Generations es un plan de Medicare Advantage y ha celebrado un contrato con el gobierno federal. Tendré que conservar la cobertura de las Partes A y B de Medicare. Solamente puedo tener un plan Medicare Advantage a la vez, y comprendo que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarles acerca de cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga o que pueda obtener en el futuro. La inscripción en este plan es generalmente para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo cancelar mi inscripción en el plan o efectuar cambios solo en determinados momentos del año, en los períodos de inscripción disponibles (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o en determinadas circunstancias especiales.

CHRISTUS Health Plan Generations brinda servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que CHRISTUS Health Plan Generations brinda servicios, debo notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en la nueva área. Una vez que sea miembro de CHRISTUS Health Plan Generations, tendré derecho a apelar las decisiones que tome el plan respecto de pagos o servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré ya sea el Manual del miembro o el documento de Evidencia de Cobertura de CHRISTUS Health Plan Generations cuando lo reciba para conocer las normas que debo respetar para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas que tienen Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, salvo 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, debo recibir toda mi atención médica de CHRISTUS Health Plan Generations, salvo por los servicios de emergencia o urgencia, o por los servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por CHRISTUS Health Plan Generations y otros servicios incluidos en el documento de Evidencia de cobertura de CHRISTUS Health Plan Generations (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Si no se cuenta con autorización, NI MEDICARE NI CHRISTUS HEALTH PLAN GENERATIONS PAGARÁ POR LOS SERVICIOS.

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

Nombre del solicitante _____

Número de Medicare del solicitante _____

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que CHRISTUS Health Plan Generations divulgará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para cualquier tratamiento, pago o procedimientos de atención médica. También reconozco que CHRISTUS Health Plan Generations 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 información falsa en este formulario de manera intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.

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 por la ley estatal para realizar esta inscripción; y
2. La documentación de esta autoridad estará disponible en caso de que Medicare la requiera.

FIRMA DEL SOLICITANTE* o el representante legal autorizado (incluyendo un Apoderado, Tutor legal, etc.)

Fecha de la firma (MM/DD/YYYY) _____

Si es usted es el representante legal autorizado, **DEBE** firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Apellido	Primer nombre	Inicial
_____	_____	_____

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal
_____	_____	_____

Número de Teléfono	Relación con el Solicitante
_____	_____

SOLO PARA USO DEL AGENTE:

Nombre del Agente:	Firma del Agente
_____	_____

Nombre en letra de molde (obligatorio)	Firma
_____	_____

Núm. de identificación del plan: _____ Núm. NPN del corredor: _____

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____

ICEP | IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No es legible: _____

¿En dónde se originó esta solicitud?

Clínica Cita domiciliar Evento Walmart Oficina Otros

Nombre del solicitante _____

Número de Medicare del solicitante _____

Normalmente, usted solo puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage durante el período de inscripción anual, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que le pueden permitir inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes declaraciones cuidadosamente y marque la casilla de la declaración que aplica en su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, según su leal saber y entender, usted es elegible para un Período de Inscripción. Si posteriormente determinamos que la información es incorrecta, cancelaremos su inscripción.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Me mudé recientemente fuera del área de servicio para mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (ingrese la fecha): _____
- Fui liberado de prisión recientemente. Fui liberado el (ingrese la fecha): _____
- Regresé recientemente a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el (ingrese la fecha): _____
- Recibí recientemente el estatus de residencia legal en los Estados Unidos. Recibí este estatus el (ingrese la fecha): _____
- Recientemente tuve un cambio en Medicaid (recibí Medicaid por primera vez, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí mi cobertura de Medicaid) el (ingrese la fecha): _____
- Recientemente tuve un cambio en el pago de mi Ayuda adicional para la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recibí Ayuda adicional por primera vez, tuve un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el (ingrese la fecha): _____
- Tengo Medicare y Medicaid (o recibo ayuda estatal para pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido cambios.
- Voy a mudarme a, vivo en o salí recientemente de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos). Me mudé | me mudaré | dejé de vivir en dicha institución el (escriba la fecha): _____
- Deje recientemente un programa PACE el (ingrese la fecha): _____
- Recientemente, perdí de manera involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos con receta (cobertura igual a la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (ingrese la fecha): _____
- Perderé la cobertura de mi empleador o del sindicato de trabajadores el (ingrese la fecha): _____
- Formo parte de un programa de asistencia farmacéutica proporcionado en mi estado.
- Mi plan va a terminar su contrato con Medicare, o Medicare va a terminar el contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o en mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en dicho plan comenzó el (ingrese la fecha): _____
- Estaba inscrito en un Programa de Necesidades Especiales (SNP, en inglés), pero perdí la elegibilidad de necesidades especiales necesaria para pertenecer a dicho plan. Mi inscripción en el plan SNP se canceló el (ingrese la fecha): _____
- Fui afectado por una emergencia o desastre mayor (según la declaración de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, en inglés) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Aplico a una de las otras declaraciones aquí incluidas, pero no pude solicitar mi inscripción debido al desastre.

Si ninguna de estas declaraciones aplica a usted o no está seguro, comuníquese con CHRISTUS Health Plan Generations al 844.282.3026, o al 711 para usuarios TTY, para saber si es elegible para inscribirse, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.