

Formulario de Solicitud de Inscripción Individual
 El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) - 2021

Asegúrese de completar todo el formulario. Comuníquese con El Paso Health al 1-833-742-3125 (Usuarios de TTY llamar al 711) si necesita información en otro idioma o formato (letra grande o Braille).

Para inscribirse en El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP), brinde la siguiente información:			
Verifique el plan en el que desea inscribirse:		<input type="checkbox"/> El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) \$ 0.00 <i>por mes</i>	
NOMBRE:		APELLIDO:	(Opcional) Inicial:
Fecha de nacimiento: (____/____/____)		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Numero de teléfono: ()
Dirección de residencia permanente (no se permiten casillas de correo):			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Dirección postal , solo si es diferente de su dirección de residencia permanente:			
Domicilio: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Proporcione su información de seguro de Medicare:			
Numero de Medicare _____ - _____ - _____			
Responder a estas preguntas importantes			
¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Nombre de otra cobertura: Número de miembro para esta cobertura: Número de grupo para esta cobertura			

¿Está inscrito en su programa Medicaid estatal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, proporcione su número de identificación de Medicaid:			

IMPORTANTE: Leer y firmar a continuación

- Debo mantener tanto el Hospital (Parte A) como el Médico (Parte B) para permanecer en El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP).
- Al unirme a este Plan de Medicare Advantage, reconozco que El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, para hacer pagos y para otros propósitos permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación.)
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, seré dado de baja del plan.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto por cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) sirve a un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área que El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) sirve, necesito notificar al plan para poder desinscribirse y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que soy miembro de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP), tengo el derecho de apelar las decisiones del plan sobre el pago o los servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento Evidencia de Cobertura de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) cuando sepa qué reglas debo seguir para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto por cobertura limitada cerca de la frontera con los Estados Unidos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada bajo la ley estatal para completar esta inscripción, y
 - 2) La documentación de esta autoridad está disponible a petición de Medicare.

Firma:	Fecha de hoy:
Si usted es el representante autorizado, firme a continuación y rellene estos campos:	
Nombre:	Dirección:
Número de teléfono:	Relación con el afiliado:

Sección 2 - Todos los campos de esta página son opcionales

Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no las llena.

Seleccione uno si desea que le enviemos información en un idioma distinto del inglés.

Español

Seleccione uno si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Baile Letra grande

Comuníquese con El Paso Health Advantage Dual SNP al 1-833-742-3125 si necesita información en un formato accesible que no sea lo que se indica arriba. Nuestro horario de oficina es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete 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, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted Trabaja? Si No

¿Trabaja su cónyuge? Si No

Nombre de su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Seleccione una opción de pago para su prima mensual:

Obtener una factura

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus que se deriva).

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar dos o más meses en comenzar después de que el Seguro Social o RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta el punto en que comienza la retención de puntos. Si el Seguro Social o RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel por sus primas mensuales.)



Por favor, lea esta información importante

Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, unirse a El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) podría afectar a su empleador o beneficios de salud sindical. Usted podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se une a El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP).

Lea las comunicaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o póngase en contacto con la oficina que aparece en sus comunicaciones. Si no hay información sobre con quién contactar, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudar.

Entiendo que si estoy recibiendo asistencia de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada por o contratada con El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP), puede ser pagado basado en mi inscripción en El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP).

Solo para uso interno

Nombre del miembro del personal/agente/representante (si el afiliado requirió asistencia para la inscripción):

Plan ID#: _____ Agente ID#: _____

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____

Declaración de la ley de privacidad

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o Planes de medicamentos recetados (PDP), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) “Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)”, Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Certificación de admisibilidad para un periodo de inscripción

Por lo general, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage solo durante el periodo de inscripción anual, del 15 de octubre al 7 de diciembre de este año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este periodo.

Por favor lea con atención las siguientes declaraciones y marque las casillas si se aplican a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, al mejor de su conocimiento, es elegible para el periodo de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información no es correcta, podemos cancelar su suscripción.

- Es la primera vez que me inscribo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero cambiar durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage Open Enrollment Period (MA OEP).
- Acabo de mudarme fuera del área de servicio para mi plan actual, o me acabo de mudar y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (incluya la fecha) _____.
- Acabo de salir de la cárcel. Salí de la cárcel el (incluya la fecha) _____.
- Acabo de regresar a los Estados Unidos luego de vivir de forma permanente fuera del país. Volví a los EE. UU. el (incluya la fecha) _____.
- Acabo de obtener el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (incluya la fecha) _____.
- Acabo de realizar un cambio en mi Medicaid (acabo de inscribirme en Medicaid, realicé un cambio en mi nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de Medicaid) el (incluya la fecha) _____.
- Acabo de realizar un cambio en mi Ayuda adicional para pagar por cobertura de medicamentos con receta de Medicare (hace poco empecé a recibir Ayuda adicional, realicé un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el (incluya la fecha) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare), o recibo Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no realicé cambios.

- Me voy a mudar en, vivo en, o acabo de irme de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, una residencia de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me voy a mudar/me voy a ir del centro el (insertar fecha) _____.
- Abandoné un programa PACE hace poco, el (incluya la fecha) _____.
- Acabo de perder mi cobertura de medicamentos con receta acreditable de forma no voluntaria (una cobertura similar a la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (incluya la fecha) _____.
- Dejaré de recibir cobertura de mi empleador o el sindicato el (incluya la fecha) _____.
- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacias que brinda mi estado.
- Mi plan termina su contrato con Medicare, o Medicare termina su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o mi estado lo estaba) y quiero elegir otro plan. Mi inscripción en ese plan comenzó el (incluya la fecha) _____.
- Estaba inscrito en un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero perdí las cualificaciones de necesidades especiales que se requieren para estar en él. Mi inscripción en el SNP termino el (incluya la fecha) _____.
- Estaba afectado por una emergencia relacionada con el clima o una gran catástrofe, según la declaración de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA). Otra de las declaraciones se aplicaba a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso, o si no está seguro, comuníquese con El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) al 1-833-742-3125 (TTY 711) para determinar si reúne las condiciones para inscribirse. Estamos abiertos de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, o de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.