

Asegúrese de completar todo el formulario. Comuníquese con El Paso Health al 1-833-742-3125 (TTY 1-855-532-3740) 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 por mes	
Apellido:	Nombre:	Inicial del Segundo:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Sra./ Srita
Fecha de nacimiento: (__ / __ / ____)	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Número de teléfono: (____) _____	Número de teléfono alternativo: (____) _____
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: _____			
Dirección de correo electrónico: _____			

Proporcione su información de seguro de Medicare:	
<p>Saque su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.</p> <p><input type="checkbox"/> Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.</p> <p style="text-align: center;">-o-</p> <p><input type="checkbox"/> Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.</p>	<p>Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare):</p> <p>_____</p> <p>Número de Medicare: _____</p> <p>Tiene derecho en vigencia: Fecha de entrada</p> <p>HOSPITAL (Parte A) _____</p> <p>MÉDICO (Parte B) _____</p> <p>Nota: <i>Debe tener Medicare Parte A y Parte B para inscribirse en un plan Medicare Advantage.</i></p>

Pago de la prima de su plan:

Si determinamos que usted debe una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo. También puede optar por pagar su prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés) cada mes. Si se le aplica un Monto Mensual Ajustado en Relación con los Ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés) de la Parte D, la Administración del Seguro Social lo notificará. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de la prima de su plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social, o Medicare o la RRB le facturarán directamente. NO pague a El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) la IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Adicional (“*Extra Help*”) para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que califican no quedarán sujetos a la brecha de cobertura ni a multas por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para ahorrar este dinero y ni siquiera lo saben. Para obtener más información acerca de esta Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325- 0778. También puede solicitar Ayuda Adicional en línea en www.segurosocial.gov/prescriptionhelp.

Si califica para la Ayuda Adicional con sus costos de cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le enviaremos una factura por el monto que Medicare no cubre. Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

Seleccione una opción de pago de

- la prima:** Recibir una factura.
- Deducir en forma automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviario (RRB).

Obtengo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social/RRB puede demorar dos o más meses en comenzar una vez 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 deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta el momento en que comienza la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales.)

Le rogamos que lea y responda las siguientes preguntas (importante):

1. ¿Tiene una enfermedad renal en etapa terminal? Sí No

Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso o ya no necesita diálisis regular, adjunte una nota o registros de su médico en los que se demuestre que ha tenido un trasplante de riñón exitoso o que no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que necesitemos contactarlo para obtener información adicional.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluidos otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de VA o programas estatales de asistencia farmacéutica. ¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos recetados además de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)? Sí No

Si la respuesta es "sí", indique su otra cobertura y su (s) número (s) de identificación para esta cobertura: Nombre de la otra cobertura: _____

de identificación para esta cobertura: _____

de grupo para esta cobertura: _____

3. ¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como una casa de reposo? Sí. No

Si su respuesta fue afirmativa, proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle): _____

4. ¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid? Sí No

Si su respuesta fue afirmativa, proporcione su número de Medicaid: _____

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

Elija el nombre de un médico de atención primaria ("PCP"), clínica o centro de salud:

Marque uno de los cuadros a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible:

_____ Español

_____ Formatos accesibles: braille o letra grande

Comuníquese con El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) al 1-833-742-3125 (TTY 1-855-532-3740) si necesita información en un formato accesible o en un idioma que no sea el mencionado anteriormente.

Atendemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., todos los días; y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.



Le rogamos que lea la siguiente información (importante):

Si actualmente tiene cobertura médica de un empleador o sindicato, unirse a El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) podría afectar los beneficios de salud que le brindan su empleador o sindicato. Puede perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP). Lea las comunicaciones que le envían su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que figura en sus comunicaciones. Si no hay información sobre a quién contactar, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarlo.

Le rogamos que lea lo siguiente y firme a continuación:

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Necesitaré conservar mis Partes A y B de Medicare. Puedo estar en un solo plan de Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi inscripción en este plan dará por finalizada en forma automática mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos recetados de Medicare. La inscripción en este plan generalmente es para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo abandonar este plan o realizar cambios solo en ciertos momentos del año cuando esté disponible un período de inscripción (Ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o en ciertas circunstancias especiales.

El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) abarca un área de servicio específica. Si me mudo del área en que El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) brinda servicio, debo notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea 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 Manual del miembro o el documento de Evidencia de Cobertura de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) cuando lo reciba para saber qué reglas debo seguir para obtener cobertura con este plan de Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, a excepción de una cobertura limitada que se ofrece cerca de la frontera de los EE. UU.

Entiendo que, a partir de la fecha en que comienza la cobertura El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP), debo obtener toda mi atención médica de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP), excepto por servicios de emergencia o de urgencia, o servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) y otros servicios incluidos en la Evidencia de Cobertura de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) (también conocido como “Contrato de Miembro” o “Acuerdo de Suscriptor”) estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI EL PASO HEALTH ADVANTAGE DUAL SNP (HMO D-SNP) PAGARÁN POR LOS SERVICIOS PRESTADOS.**

Entiendo que, si recibo asistencia de un agente de ventas, representante u otra persona empleada o contratada por El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP), se le puede pagar en función de mi inscripción en El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP).

Divulgación de la información: Al unirme a este plan de salud de Medicare, reconozco que El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) divulgará mi información a Medicare y a otros planes, según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. También reconozco que El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) divulgará mi información a Medicare, quien podrá divulgarla para fines de investigación y otros propósitos que cumplan con todos los estatutos y reglamentos federales aplicables. La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción al plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si está firmado por una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que

- 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y
- 2) la documentación de esta autorización está disponible a petición de Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (____) _____ - _____

Relación con el afiliado: _____

Solo para uso interno

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

Plan ID#: _____

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____

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

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 1-855-532-3740) 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.