

CHRISTUS Health Plan 2024

Solicitud de un Plan Medicare Advantage

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare que quieran inscribirse en un plan Medicare Advantage o un plan de medicamentos con receta de Medicare.

Para inscribirse en un plan, usted debe cumplir los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan.

Importante: para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener lo siguiente:

- La Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- La Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan en los siguientes momentos:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que comienza el 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber recibido Medicare por primera vez.
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse en un plan o cambiar de plan.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección y número de teléfono permanentes

Nota: debe completar todos los puntos en la Sección 1. Los puntos en la Sección 2 son opcionales. No se le puede denegar la cobertura si no los completa.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (desde el 15 de octubre hasta el 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 los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de jubilación para ferroviarios [Railroad Retirement Board, RRB]).

¿Qué sucede a continuación?

Envíe su formulario completo y firmado a la siguiente dirección:

CHRISTUS Health Plan
ATTN; Eligibility Department
5101 N. O'Connor Blvd. | Irving | TX 75062

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, lo contactarán.

¿Cómo puedo recibir ayuda con este formulario?

Llame a CHRISTUS Health Plan Medicare Advantage Plan (HMO) al 844.282.3026. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

O llame 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 Medicare Advantage Plan (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.

Para personas que no tienen hogar

- Si desea unirse a un plan, pero tiene una residencia permanente, se puede considerar una casilla de correo, una dirección en la que recibe correo (por ejemplo, los cheques del seguro social) como una dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-NEW. Se estima que el tiempo requerido para completar esta información es de 20 minutos en promedio por persona, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de información existentes, recolectar la información necesaria y completar y revisar la información recolectada. Si tiene comentarios sobre la exactitud del tiempo estimado o si tiene 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 ni ningún elemento de información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) al Oficial de autorización de informes PRA. Cualquier elemento que recibamos que no trate acerca de cómo mejorar este formulario o la carga de recolección de datos (descrita en OMB0938-1378) será destruido. No se guardará ni se revisará y tampoco se enviará al plan. Consulte la sección "¿Qué sucede a continuación?" en esta página para enviar su formulario completado al plan.

H1189_MC4724_C

Formulario de solicitud de inscripción para CHRISTUS Health Plan Medicare Advantage

Elija el plan en el que quiere inscribirse:

CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) Plan 009 (prima mensual de \$0)

CHRISTUS Health Medicare Plus (HMO) Plan 010 (prima mensual de \$0)

Póngase en contacto con CHRISTUS Health Plan si necesita información en otro idioma o formato (braille).

Para inscribirse en un plan Medicare Advantage de CHRISTUS Health Plan, proporcione la siguiente información:					
APELLIDO			PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL PRIMER NOMBRE	Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		NÚMERO DE TELFONO DEL HOGAR	NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNATIVO	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA PERMANENTE (NO se permite casilla postal)					
CIUDAD	ESTADO	CONDADO		CÓDIGO POSTAL	
DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente a la dirección de la residencia permanente)					
INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS:					
NOMBRE			RELACIÓN CON USTED:		
NÚMERO DE TELÉFONO:					
CORREO ELECTRÓNICO: (Opcional)					
Proporcione la información del seguro de Medicare					
Utilice su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección. <ul style="list-style-type: none"> Complete esta información tal como aparece en la tarjeta de Medicare. O <ul style="list-style-type: none"> Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de la carta que del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios. 			NOMBRE (tal como aparece en su tarjeta de Medicare):		
			NÚMERO DE MEDICARE _____ Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigencia:		
			COBERTURA HOSPITALARIA (Parte A) _____		
			COBERTURA MÉDICA (Parte B) _____ Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.		

Cómo pagar las primas de su plan

Si determinamos que debe una multa por inscripción tardía (o si tiene actualmente una multa por inscripción tardía), necesitamos saber de qué manera prefiere pagarla. Puede pagar por correo. También puede elegir pagar su prima por deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) cada mes. Si a usted se le adjudica un monto de ajuste 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 a CHRISTUS Health Plan el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amounts, IRMAA) de la Parte D.

Si el plan que usted seleccionó tiene una prima, 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 pagar la prima todos los meses mediante descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB).

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir *Ayuda adicional* 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 coseguro. 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**. Usted también puede aplicar para la *Ayuda adicional* en línea en www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help.

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 jubilación para ferroviarios (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? Sí 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 centro de cuidados? Si la respuesta es sí, Sí No

proporcione la siguiente información:

Nombre del centro: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

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

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

4. ¿Usted o su cónyuge trabaja? Sí No

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

Número de teléfono: _____

Proveedor | Núm. de identificación del PCP _____

¿Está viendo o recientemente ha visto a este proveedor? Sí 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 al **844.282.3026**. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 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 Medicare Complete, Medicare Plus y Medicare Guardian son planes de Medicare Advantage y tienen 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.

El plan de Medicare Advantage de CHRISTUS Health Plan brinda servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que el plan de Medicare Advantage de CHRISTUS Health Plan 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 del plan de Medicare Advantage de CHRISTUS Health Plan, 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 del plan de Medicare Advantage de CHRISTUS Health Plan 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 del plan de Medicare Advantage DE CHRISTUS Health Plan, debo recibir toda mi atención médica del plan de Medicare Advantage de CHRISTUS Health Plan, excepto por servicios de emergencia o necesarios de urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por el plan de Medicare Advantage de CHRISTUS Health Plan y otros servicios incluidos en el documento de Evidencia de cobertura del plan de Medicare Advantage de CHRISTUS Health Plan (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Si no se cuenta con autorización, NI MEDICARE NI EL PLAN DE MEDICARE ADVANTAGE DE CHRISTUS HEALTH PLAN PAGARÁ POR LOS SERVICIOS.

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

Nombre del solicitante: _____

Número de Medicare del solicitante: _____

Divulgación de información: Al unirme a este plan de salud de Medicare, reconozco que CHRISTUS Health Plan divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También reconozco que CHRISTUS Health Plan 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 autorizado, **DEBE** firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
----------	---------------	----------------------------

Dirección:

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Número de Teléfono	Relación con el Solicitante
--------------------	-----------------------------

Nombre del solicitante: _____

Número de Medicare del solicitante: _____

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede denegar la cobertura si no las responde.

(Haga clic en la casilla que corresponda)

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todos los que correspondan.

- No, no soy de origen hispano, latino o español Sí, mexicano(a), mexicano(a) estadounidense, chicano(a),
 Sí, puertorriqueño(a) Sí, cubano(a)
 Sí, de otro origen hispano, latino o español
 Elijo no responder.

¿Cuál es su raza? Seleccione todos los que correspondan.

- Indígena americana o nativa de Alaska India asiática Negra o afroamericana
 China Filipina Guameña o Chamorro
 Japonesa Coreana Nativa de Hawái
 Otra asiática Otra islas Samoana
 Vietnamita del Pacífico
 Elijo no responder Blanca

SOLO PARA USO DEL AGENTE

Nombre del Agente de Suscripción:

Firma del Agente de Suscripción:

Nombre en letra de molde: (obligatorio)

Firma (obligatoria)

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

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura:

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

¿En dónde se originó esta solicitud?

- Clínica Cita en el hogar Evento Oficina Otro

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 de 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 de 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):
- Obtuve recientemente 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):
- Tuve un cambio recientemente 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 centro de cuidados). Me mudé | me mudaré | dejaré de vivir en dicha institución el (escriba la fecha):
- Dejé recientemente un programa PACE el (ingrese la fecha):
- Recientemente, perdí de manera involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos con receta (cobertura tan buena como 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, por sus siglas en inglés), pero perdí la elegibilidad de necesidades especiales para pertenecer a dicho plan. Mi inscripción en el plan SNP se canceló el (ingrese la fecha).
- Me he visto afectado por una emergencia o desastre mayor, como lo declaró la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Aplico a una de las otras declaraciones aquí incluidas, pero no presentar mi solicitud de inscripción debido al desastre.

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