

Nombre del plan en el que se inscribe: _____			
Nombre:	Número de Medicare: _____ (Nota: puede usar el "número de miembro" en vez del "número de Medicare")		
Teléfono de la casa:			
Domicilio de la residencia permanente (No se permite casilla de correo):			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Domicilio postal (solo si es distinto del Domicilio de la residencia permanente): Domicilio (calle): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____			
Por favor llene lo siguiente: Actualmente soy miembro del plan _____ en _____ Memorial Hermann Health Plan, Inc. con una prima mensual de \$0. Deseo cambiar al plan _____ en _____ Memorial Hermann Health Plan, Inc. Entiendo que este plan tiene beneficios de salud distintos y una prima mensual de \$0.			
Nombre del médico de cuidado de salud primario (PCP), clínica o centro médico escogido:			
Marque uno de los casilleros de abajo si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea el inglés o en un formato accesible: _____ Español _____ Braille _____ Letras grandes _____ Audio Comuníquese con el plan Memorial Hermann <i>Advantage</i> HMO al 855.645.8448 si necesita información en un formato accesible o en otro idioma de lo que se indica aquí. El horario de atención de nuestra oficina entre el 1 de octubre y el 31 de marzo es de 8 a.m. a 8 p.m., hora central, siete días por semana; cerrado los días de Acción de Gracias y Navidad, y abierto en Año Nuevo, el día de Martin Luther King Jr. y el Día de los Presidentes. El horario de atención entre el 1 de abril y el 30 de septiembre es de 8 a.m. a 8 p.m., hora central, de lunes a viernes; cerrado los fines de semana y feriados. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.			

SU PRIMA MENSUAL DEL PLAN

Si determinamos que usted debe una multa por inscripción tardía (o si tiene actualmente una multa por inscripción tardía), debemos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo, Transferencia electrónica de fondos (EFT) o tarjeta de crédito cada mes. También puede pagar la prima por deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) todos los meses. Si se le impone un Monto de Ajuste Mensual Acorde a su Ingreso para la Parte D (IRMAA), la Administración del Seguro Social le notificará. Usted será responsable de pagar esa cantidad extra además de la prima de su plan. Se le puede descontar esa cantidad de su cheque de beneficios del Seguro Social o bien Medicare o la RRB le facturará directamente. **NO le pague la Parte D-IRMAA a Memorial Hermann Advantage HMO.**

POR FAVOR LEA Y FIRME ABAJO

Memorial Hermann Advantage HMO es un plan que tiene un contrato con el gobierno federal.

Entiendo que si me está ayudando un agente de ventas, un intermediario u otra persona empleada o contratada por Memorial Hermann Advantage HMO, es posible que a esa persona se le pague en base a mi inscripción en Memorial Hermann Advantage HMO.

Divulgación de información: Al unirme a este plan de salud de Medicare, reconozco que el plan de salud de Medicare divulgará mi información a Medicare y a otros planes, tal como sea necesario para el tratamiento, pago y operaciones de cuidados de salud. También reconozco que Memorial Hermann Advantage HMO divulgará mi información, incluidos mis datos de evento de medicamentos recetados, a Medicare y éste podrá divulgarlos con fines de investigación u otros, de acuerdo con todas las leyes y regulaciones federales aplicables. La información consignada en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si incluyo intencionalmente información falsa en este formulario, se anulará mi inscripción en el plan. Entiendo que la gente que tiene Medicare no está cubierta por Medicare si se va del país, excepto por la cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.

Entiendo que, a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Memorial Hermann Advantage HMO, debo hacerme todos mis cuidados médicos con este plan, excepto por servicios de emergencia, necesidad urgente o servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios autorizados por Memorial Hermann Advantage HMO y otros servicios contenidos en mi documento Evidencia de Cobertura de Memorial Hermann Advantage HMO (también conocido como el contrato del miembro o el acuerdo del suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI EL PLAN MEMORIAL HERMANN ADVANTAGE HMO PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que mi firma en esta solicitud (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre conforme a las leyes del Estado donde vivo) significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si fue firmada por una persona autorizada (como se describe antes), esta firma certifica que: (1) esta persona está autorizada bajo la ley del estado a completar esta inscripción y (2) la documentación de dicha autorización se presentará cuando Medicare lo solicite.

Firma:	Fecha de hoy:
Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y dar la siguiente información:	
Nombre: _____	
Domicilio: _____	
Número de teléfono: _____ Relación/Parentesco con el inscrito: _____	

Solo para uso administrativo:
Nombre del empleado/agente/intermediario (si asistió en la inscripción): _____
Núm. de ID del plan: _____
Fecha de vigencia de la cobertura: _____
ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No elegible: _____

MEMORIAL[®]
HERMANN
Health Plan

MEMORIAL HERMANN ADVANTAGE
HMO