

Comuníquese con Memorial Hermann *Advantage* HMO, si necesita información en otro idioma o formato (Braille).

Para inscribirse en Memorial Hermann <i>Advantage</i> HMO, brinde la siguiente información:			
Marque el plan en el que desea inscribirse: ____ Memorial Hermann Advantage HMO (MA=PD) \$0.00 por mes			
APELLIDO:		PRIMER nombre:	Inicial del segundo nombre
			<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Fecha de nacimiento: (____/____/____) (MM/DD/AAAA)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número telefónico fijo: ()	Número telefónico alternativo: ()
Dirección postal del domicilio permanente (no se permite un apartado postal):			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Dirección postal (solo si es diferente a su Dirección de domicilio permanente):			
Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Contacto en caso de emergencia: _____			
Número de teléfono: _____		Relación con usted: _____	
Dirección de correo electrónico: _____			
Proporcione su información de seguro de Medicare			

Tenga a mano su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

- Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.

-O BIEN-
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de jubilación ferroviaria.

Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare):

Número de Medicare: _____

Tiene derecho a:

Fecha de entrada en vigor:

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.

Pago de la prima del plan

Si determinamos que usted debe una multa por inscripción tardía (o si actualmente usted tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo preferiría pagarla. Puede pagar por correo, Transferencia Electrónica de Fondos (TEF) o tarjeta de crédito cada mes. También puede pagar su prima por deducción automática de su cheque de beneficio de Seguro Social o Junta de jubilación ferroviaria (RRB) cada mes. Si se le aplica un Monto de Ajuste Mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, la Administración del Seguro Social le notificará sobre ello. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de su prima del plan. Usted tendrá la cantidad retenida de su cheque de beneficio de Seguro Social o será facturada directamente por Medicare o la RRB. NO pague a Memorial Hermann *Advantage* HMO la Parte D-IRMAA.

Las personas con ingresos limitados podrían calificar para recibir *Ayuda Adicional* para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si cumple con los requisitos, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales para medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califican no tendrán un período sin cobertura ni multa por inscripción tardía. Muchas personas cumplen con los requisitos para obtener estos descuentos y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta *Ayuda Adicional*, comuníquese con la oficina local de su 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.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si cumple con los requisitos para recibir *Ayuda Adicional* para cubrir los costos de cobertura de sus medicamentos recetados de Medicare, es posible que Medicare cubra toda o 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
- Transferencia electrónica de fondos (*electronic funds transfer*, EFT) desde su cuenta bancaria cada mes. Envíe con este documento un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta: _____

Número de ruta bancaria: _____ Número de cuenta bancaria: _____

Tipo de cuenta: Corriente De ahorros

- Tarjeta de crédito. Proporcione la siguiente información:

Tipo de tarjeta: _____

Nombre del titular de la cuenta tal como aparece en la tarjeta: _____

Número de **cuenta**: _____

Fecha de vencimiento: __/__/____ (MM/AAAA)

Deducción automática de su cheque mensual de Seguro Social o cheque de beneficio de la Junta de jubilación ferroviaria (RRB).

Obtengo beneficios mensuales de:

Seguro Social

RRB

(La deducción del Seguro Social/RRB puede tomar dos meses o más en comenzar después 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 deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficio de Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigor 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 con sus primas mensuales).

Lea y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Padece de Enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD)? Sí No

Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso y/o ya no necesita diálisis regular, **adjunte una nota o los registros** de su médico que demuestren 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. Algunos individuos pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluidos otro seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios médicos para empleados federales, beneficios de la Administración de Veteranos (VA) o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados además de Memorial Herman Advantage HMO?

Sí No

Si la respuesta es “sí”, indique su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación (ID) para esta cobertura:

Nombre de otra cobertura:

No. de ID para esta cobertura:

No. de grupo para esta cobertura:

3. ¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de ancianos? Sí No

Si respondió “sí”, proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

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

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

En caso afirmativo, 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 una de las casillas a continuación, si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea inglés o en un formato *accesible*:

Español

Braille Letra grande Cinta de audio

Contacte a Memorial Hermann *Advantage* HMO al (855) 645-8448 si necesita información en un formato *accesible* u *otro* idioma diferente al que se enumera más arriba. Los horarios de atención entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo son de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana; salvo Acción de Gracias y Navidad, y está abierto el Día de Año Nuevo, el Día de Martin Luther King Jr. y el Día del Presidente. Los horarios de atención entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, cerrado durante los fines de semana y feriados establecidos por el estado. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



Lea esta información importante

Si actualmente tiene cobertura de salud de un patrono o sindicato, inscribirse en Memorial Herman *Advantage* HMO podría afectar los beneficios de salud de su patrono o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su patrono o sindicato, si se inscribe en Memorial Herman *Advantage* HMO. Lea los comunicados que le envía su patrono o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que figura en sus comunicados. Si no hay información sobre a quién contactar, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarle.

Por favor, lea y firme a continuación

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Memorial Hermann *Advantage* HMO es un plan Medicare Advantage que tiene un contrato con el gobierno federal. Necesitaré conservar mis Partes A y B de Medicare. Puedo estar inscrito en un solo plan Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi inscripción en este plan pondrá fin automáticamente a mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informar sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda tener en el futuro. Generalmente, la inscripción en este plan es para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo abandonar este plan o realizar cambios solo en determinados momentos del año cuando esté disponible un período de inscripción (ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o en determinadas circunstancias especiales.

Memorial Herman *Advantage* HMO brinda servicios en un área específica. Si me mudo fuera del área en la que Memorial Hermann *Advantage* HMO brinda servicios, debo notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de Memorial Hermann *Advantage* HMO, tendré derecho a apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios, si no estoy de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de cobertura de Memorial Hermann *Advantage* HMO cuando lo obtenga para saber qué normas debo cumplir para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas con Medicare no están cubiertas bajo Medicare mientras se encuentren fuera del país salvo por cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.

Comprendo que empezando en la fecha en que Memorial Hermann *Advantage* HMO comienza la cobertura, debo recibir todo mi cuidado de la salud de Memorial Hermann *Advantage* HMO, salvo los servicios urgentemente necesarios o de emergencia o servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios autorizados por Memorial Hermann *Advantage* HMO y otros servicios contenidos en mi documento de Evidencia de cobertura de Memorial Hermann *Advantage* HMO (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscriptor).

Sin autorización, **NI MEDICARE NI MEMORIAL HERMANN ADVANTAGE HMO PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Comprendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, agente, u otra persona empleada o que tenga contrato con Memorial Hermann *Advantage* HMO, se le puede pagar a esa persona sobre la base de 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 Memorial Hermann *Advantage* HMO divulgará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para tratamientos, pagos y operaciones de cuidado de la salud. También reconozco que Memorial Hermann *Advantage* HMO divulgará mi información incluyendo mis datos de medicamentos recetados a Medicare, que puede divulgarla para investigación u otros fines que siguen todas las regulaciones y estatutos federales aplicables. La información brindada en este formulario de inscripción es correcta según mi más leal saber y entender. Comprendo que si yo intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre conforme a las leyes del estado donde resido) en el presente documento significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si la firma es la de una persona autorizada (según se describió anteriormente), dicha firma certifica que

1) esta persona está autorizada conforme a las leyes estatales para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autorización estará disponible cuando Medicare lo solicite.

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

Por favor, lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque el casillero si la afirmación se aplica a usted. Al marcar cualquiera de los siguientes casilleros, usted está certificando que, a su leal saber y entender, es elegible para un Período de inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele 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).

- Recientemente, me mudé 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 día (insertar fecha)_____.
- Recientemente, fui liberado de la cárcel. Me liberaron el día (insertar fecha)_____.
- Recientemente, volví a los Estados Unidos después de vivir de manera permanente fuera del país. Regresé a los EE. UU. el día (insertar fecha)_____.
- Recientemente, obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el día (insertar fecha)_____.
- Recientemente, tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente recibí Medicaid, tuve un cambio en el nivel de ayuda de Medicaid o perdí Medicaid) el día (insertar fecha)_____.
- Recientemente, tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente recibí Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el día (insertar fecha)_____.
- Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido cambios.
- Me mudaré a, vivo en, o recientemente me mudé de un Centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un centro de convalecencia o un centro de atención a largo plazo). Me mudé al/me mudaré al/del centro el día (insertar fecha) _____.
- Recientemente, dejé de participar en el Programa de cuidado de salud todo incluido para adultos mayores (PACE, por sus siglas en inglés) el día (insertar fecha)_____.
- Recientemente, perdí de forma involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el día (insertar fecha)_____.
- Cancelaré mi inscripción en la cobertura de un patrono o sindicato el día (insertar fecha)_____.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- Mi plan terminará su contrato con Medicare, o Medicare terminará su contrato con mi plan.
- Fui inscrito en un plan por Medicare (o mi estado) y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el día (insertar fecha)_____.

- Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) pero he perdido el requisito de necesidades especiales requerido para estar en ese plan. Cancelaron mi inscripción en el SNP el día (insertar fecha) _____.
- Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o un gran desastre (según lo declaró la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA]). Una de las otras afirmaciones incluidas aquí aplica a mí, pero no pude realizar mi inscripción debido a un desastre natural.

Si ninguna de estas afirmaciones aplica a su caso o si no está seguro, comuníquese con Memorial Hermann Advantage HMO al (855) 645-8448 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si reúne los requisitos de inscripción. Entre el 1.º de octubre y el 31 de marzo, atendemos de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana; salvo Acción de Gracias y Navidad, y está abierto el Día de Año Nuevo, el Día de Martin Luther King Jr. y el Día del Presidente. Los horarios de atención entre el 1.º de abril y el 30 de septiembre son de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, cerrado durante los fines de semana y feriados establecidos por el estado.

Firma: _____	Fecha actual: _____
Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:	
Nombre: _____	
Dirección: _____	
Número de teléfono: (____) _____ - _____	
Relación con el miembro _____	

Solo para uso administrativo:
Nombre del miembro del personal/representante/agente (si recibió ayuda en la inscripción): _____
ID del Plan N.º: _____
Fecha de entrada en vigor de la Cobertura: _____
ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No califica: _____

El Memorial Hermann Advantage HMO es proporcionado por Memorial Hermann Health Plan, Inc., una organización de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.