



## FORMULARIO DE SOLICITUD PARA LA INSCRIPCIÓN EN MEDICARE ADVANTAGE PARA 2023

### ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran unirse a un Plan de Medicare Advantage.

#### Para unirse a un plan, debe:

- + Ser ciudadano de Estados Unidos o estar legalmente en Estados Unidos
- + Vivir en el área de servicio del plan

**Importante:** Para unirse a un Plan de Medicare Advantage, también debe tener ambos:

- + Medicare Parte A (Seguro de hospital)
- + Medicare Parte B (Seguro médico)

### ¿Cuándo uso este formulario?

Puede unirse a un plan:

- + Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que empieza el 1 de enero)
- + Antes de los 3 meses de obtener Medicare por primera vez
- + En determinadas situaciones en las que tiene permitido unirse o cambiarse de plan

Visite **Medicare.gov** para conocer más 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 permanente y su teléfono

**Tenga en cuenta:** Debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales, no le pueden negar la cobertura porque no los complete.

### Recordatorios:

- + Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- + Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que las primas se descuenten de su cuenta bancaria o de su beneficio de Seguro Social mensual (o del de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, RRB).

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona será obligada a responder a una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es el 0938-1378. El tiempo necesario para completar esta información es de aproximadamente 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión de los tiempos estimados o 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 con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Los elementos que recibamos que no sean sobre cómo mejorar este formulario o la carga que implica su recopilación (descrito en OMB 0938-1378) serán destruidos. No se guardarán, revisarán ni reenviarán al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

### ¿Qué ocurre después?

Envíe el formulario completado y firmado a través de una de las tres opciones que se presentan a continuación:

Providence Medicare Advantage Plans  
P.O. Box 5548  
Portland, OR 97228-5548

Escanee y envíe las páginas por fax a:  
**503-574-8653**

Escanee y envíe las páginas por correo electrónico a:  
**provMedicare@providence.org**

Cuando procesen su solicitud, se comunicarán con usted.

### ¿Cómo recibo ayuda para completar este formulario?

Llame a Providence Medicare Advantage Plans al **503-574-6508** o al **1-855-234-2495**. Los usuarios de TTY pueden 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 Providence Medicare Advantage Plans al **503-574-6508** o al **1-855-234-2495/TTY: 711** o a Medicare gratis al **1-800-633-4227** y oprima el 2 para obtener asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

### Personas en situación de calle

Si desea unirse a un plan pero no tiene una residencia permanente, se puede considerar un apartado de correos, la dirección de un refugio o una clínica, o la dirección donde recibe el correo (p. ej., los cheques del seguro social) como su dirección de residencia permanente.

**Sección 1 - Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)**

**Seleccione el plan al que desea unirse:**

Providence Medicare Sycamore + RX (HMO) - \$0 por mes

|                            |   |                           |
|----------------------------|---|---------------------------|
| PRIMER nombre              | APELLIDO  | In. 2.º nombre (Opcional) |
| _____/_____/____           | _____   | ( ) -                     |
| Fecha de nac. (MM/DD/AAAA) | GÉNERO: <input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino | Número de teléfono        |

Dirección de residencia permanente (no ingrese un PO Box)

|                 |                             |                 |                        |
|-----------------|-----------------------------|-----------------|------------------------|
| _____<br>Ciudad | _____<br>Condado (opcional) | _____<br>Estado | _____<br>Código postal |
|-----------------|-----------------------------|-----------------|------------------------|

Dirección postal, si es diferente a la dirección permanente (PO Box permitida):

|                 |                 |                        |
|-----------------|-----------------|------------------------|
| Dirección       |                 |                        |
| _____<br>Ciudad | _____<br>Estado | _____<br>Código postal |

**Su información de Medicare:**

|   |  |  |
|---|--|--|
| _____-_____-_____<br>Número de Medicare | _____/_____/_____<br>Cobertura hospitalaria (Parte A)<br>Fecha de entrada en vigencia (opcional) | _____/_____/_____<br>Cobertura médica (Parte B)<br>Fecha de entrada en vigencia (opcional) |
|---|--|--|

## Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura además de la de Providence Medicare Advantage Plans?  Sí  No

Algunas personas pueden tener otra cobertura, incluyendo otro seguro privado, TRICARE, la cobertura de beneficios médicos del empleado federal, los beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA) o los programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).

Si es así, identifique su otra cobertura y su número de identificación (ID) para esta cobertura:

\_\_\_\_\_  
Nombre de la otra cobertura

\_\_\_\_\_  
Número de ID para esta cobertura

\_\_\_\_\_  
Número de grupo para esta cobertura

Marque todas las opciones que correspondan:  Médica  Visual  Dental  Medicamentos recetados

## IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- + Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como médica (Parte B) para permanecer en Providence Medicare Advantage Plans.
- + Al participar en este plan de Medicare Advantage, reconozco que Providence Medicare Advantage Plans compartirá mi información con Medicare, quien podrá usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, realizar pagos y otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la recopilación de esta información (ver la declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- + Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, el no responder podría afectar su inscripción en el plan.
- + Entiendo que puedo estar inscrito solo en un plan de Medicare Advantage (MA) a la vez y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de MA (se aplican excepciones para los planes de MA PFFS, MA MSA).
- + La información que aparece en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se anulará mi inscripción en el plan.
- + Entiendo que, cuando comienza mi cobertura de Providence Medicare Advantage Plans, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Providence Medicare Advantage Plans. Los beneficios y servicios proporcionados por Providence Medicare Advantage Plans y contenidos en el documento de "Evidencia de cobertura" de Providence Medicare Advantage Plans (también conocido como un contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Providence Medicare Advantage Plans pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- + Entiendo que si mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente a actuar en mi nombre) aparece en esta solicitud, significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si firma un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
  - 1) Esta persona está autorizada por las leyes estatales a completar esta inscripción, y
  - 2) La documentación de esta potestad está disponible si Medicare la solicita.

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Fecha de hoy**

Si es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Dirección

( ) -

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Vínculo con el inscrito



### PARA USO EXCLUSIVO DEL AGENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL AGENTE

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
N.º nacional de productor (NPN):

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
FECHA SOLICITADA DE  
COBERTURA

## Sección 2 - Todos los campos de esta página son opcionales

**Responder estas preguntas es opcional. No se le puede negar la cobertura si no las responde.**

¿Es de origen hispano, latino o español? Marque todo lo que corresponda.

- No, no soy de origen hispano, latino ni español       Sí, otro origen hispano, latino o español  
 Sí, mexicano, mexicanoestadounidense, chicano       **Elijo no responder**  
 Sí, puertorriqueño  
 Sí, cubano

¿Cuál es su raza? Marque todo lo que corresponda.

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

Indique su profesional médico de cabecera (PCP), clínica o centro médico:

Si no indica un PCP, se le asignará uno.

- Seleccione esta casilla si le gustaría recibir información en español.  
 Seleccione esta casilla si le gustaría recibir información en vietnamita.

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

- Braille       Letra grande       CD de audio

Comuníquese con Providence Medicare Advantage Plans al 1-800-603-2340 o al 503-574-8000 si necesita información en un formato accesible diferente de los indicados anteriormente. Nuestro horario de atención es los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja?

- Sí       No

¿Su cónyuge trabaja?

- Sí       No

## Pago de las primas de su plan

Puede pagar por correo la prima de su plan mensual (y también las sanciones de inscripción tardía que pueda tener adeudadas) todos los meses. **También puede pagar su prima con un descuento automático de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) todos los meses.**

**Si tiene que pagar una Cantidad de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto extra además de la prima de su plan.** El monto usualmente se quita del beneficio del Seguro Social o puede recibir una factura de Medicare (o el RRB). NO pague la IRMAA de la Parte D a Providence Medicare Advantage Plans.

## Seleccione una opción de pago de prima:

- Reciba una factura mensual - Una vez que reciba su primera factura, puede elegir una opción de pago diferente:
- + Puede pagar con tarjeta de crédito/débito, cheque/cuenta de ahorros: Los pagos únicos o recurrentes pueden realizarse a través de su cuenta myProvidence en myProvidence.com o a través del sitio web de Providence en providence.org/premiumpay
  - + Puede pagar por teléfono: El autoservicio está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando al 1-844-791-1468, TTY: 711.
- Descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB).

Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB

(El descuento del Seguro Social/de la RRB puede tardar dos o más meses en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB lo aprueba. Puede que reciba una factura durante los primeros meses antes de que la retención comience. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud para obtener el descuento automático, le enviaremos una carta y facturas en papel para sus primas mensuales).

### DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley de Seguro Social y el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR) §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de la inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", N.º de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, el no responder podría afectar su inscripción en el plan.

## Certificado de elegibilidad para un período de inscripción

**Habitualmente, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage únicamente durante el Período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.** Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

### Lea las siguientes afirmaciones con atención y marque la casilla si aplica a usted.

Al marcar alguna de las siguientes casillas, usted confirma que, según tiene entendido, es elegible para un período de inscripción. Si luego determinamos que esta información es incorrecta, se anulará su inscripción.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Soy nuevo en Medicare.  | <input type="checkbox"/> Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (hace poco obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (indique la fecha): ____ / ____ / ____   |
| <input type="checkbox"/> Dejaré la cobertura del empleador o sindicato el (indique la fecha): ____ / ____ / ____   | <input type="checkbox"/> Pertenezco a un programa de asistencia de farmacias proporcionado por mi estado.   |
| <input type="checkbox"/> Recientemente tuve un cambio en mi beneficio adicional para pagar la cobertura de Medicare de medicamentos recetados (hace poco obtuve el beneficio adicional, tuve un cambio en el nivel del beneficio adicional o perdí el beneficio adicional) el (indique la fecha): ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> Recientemente "abandoné" un programa de atención integral para los adultos mayores (PACE) (indique la fecha): ____ / ____ / ____   |
| <input type="checkbox"/> Me inscribiré durante el período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre).  | <input type="checkbox"/> Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo un beneficio adicional para pagar la cobertura de Medicare de medicamentos recetados, pero no tuve un cambio.   |
| <input type="checkbox"/> Me inscribiré durante un período de inscripción especial (indique la inscripción especial usada) _____  | <input type="checkbox"/> Me mudaré a un centro de atención a largo plazo, vivo en uno o me fui de uno recientemente, (por ejemplo, una residencia de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/mudaré al centro el (indique la fecha): ____ / ____ / ____<br>Me mudé/mudaré del centro el (indique la fecha): ____ / ____ / ____ |
| <input type="checkbox"/> Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP) (del 1 de enero al 31 de marzo).   | <input type="checkbox"/> Recientemente perdí mi cobertura de medicamentos recetados acreditable (una cobertura tan buena como la de Medicare) de manera involuntaria. Perdí mi cobertura de medicamentos el (indique la fecha): ____ / ____ / ____  |
| <input type="checkbox"/> Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (indique la fecha): ____ / ____ / ____   | <input type="checkbox"/> Mi plan finalizará su contrato con Medicare o Medicare finalizará su contrato con mi plan (indique la fecha): ____ / ____ / ____   |
| <input type="checkbox"/> Recientemente me liberaron del encarcelamiento. Me liberaron el (indique la fecha): ____ / ____ / ____  |   |
| <input type="checkbox"/> Recientemente volví a los EE. UU. después de vivir fuera de los EE. UU. de manera permanente. Volví a los EE. UU. el (indique la fecha): ____ / ____ / ____   |   |
| <input type="checkbox"/> Recientemente obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (indique la fecha): ____ / ____ / ____   |   |

Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (indique la fecha): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Anularon mi inscripción en el Plan de necesidades especiales el (indique la fecha): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fui perjudicado por una emergencia o una catástrofe grave (según lo declaró la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA] o una entidad gubernamental local, estatal o federal).

Una de las otras afirmaciones que aparecen aquí se aplicaba a mí, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción debido a la catástrofe.

Nombre de la catástrofe que lo afectó:

---

Período de elegibilidad no cumplido debido a la catástrofe: (por ejemplo: período de inscripción inicial, período de inscripción anual, período de inscripción abierta o período de inscripción especial).

---

Fui perjudicado por un cambio significativo en la red de mi plan actual y se me notificó el (indique la fecha): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Recientemente recibí una notificación de una determinación de derecho a Medicare para una fecha de entrada en vigencia retroactiva. (Adjunte una copia de su notificación de determinación). Recibí la notificación el (indique la fecha): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Si una de estas afirmaciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con Providence Medicare Advantage Plans al 1-800-603-2340 o al 503-574-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para consultar si es elegible para inscribirse. Estamos abiertos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).



# Cuestionario de raza/etnia

Las siguientes preguntas son opcionales. Sus respuestas nos ayudarán a atender mejor a todas las comunidades.

**Si no encontró la selección que mejor describe su identidad racial o étnica en la Sección 2, haga una selección a partir de la siguiente lista. ¿Cuáles de las siguientes opciones describen su identidad racial o étnica? Marque todas las opciones que correspondan.**

## Nativa de Hawái o isleña del Pacífico

- Marshalesa
- Comunidades de la  
región de Micronesia
- Tongana

## Blanca

- Caucásica/blanca  
(sin afiliación nacional)
- Europea del Este
- Eslava
- Europea Occidental
- Otra blanca (ascendencia africana,  
australiana, neozelandesa)

## Otra

- Otra
- No lo sé
- No quiero responder

## Indígena americana o nativa de Alaska

- Indígena americana
- Nativa de Alaska
- Inuit canadiense, métis  
o de las Naciones  
Originarias
- Indígena mexicana,  
centroamericana o  
sudamericana

## Negra o afroamericana

- Afroamericana
- Afrocaribeña
- Etiope
- Somalí
- Otra africana (negra)
- Afro-latina/birracial/otra
- Otra negra

## Oriente medio o Norte de África

- De Oriente medio
- Del Norte de África

## Asiática

- Camboyana
- Comunidades de Myanmar
- Hmong
- Laosiana
- Asiática del Sur

**Si marcó más de una categoría, ¿hay alguna que considere que es su identidad racial o étnica principal?**

- Sí** (especifique): \_\_\_\_\_
- No:** No tengo solo una identidad racial o étnica principal.
- No:** Me identifico como birracial o multirracial.
- N/C:** Solo marqué una categoría de las anteriores.
- N/C:** No lo sé.
- N/C:** No quiero responder.

**¿Cuál es su idioma hablado de preferencia?**

- Inglés
- Español
- Chino - Otro
- Mandarín
- Cantonés
- Vietnamita
- Ruso
- Alemán
- Francés
- Tagalog
- Japonés
- Coreano
- Árabe
- No contesta/  
no sabe
- Otro

**¿Cuál es su idioma escrito de preferencia?**

- Inglés
- Español
- Vietnamita
- Chino simplificado
- Ruso
- Otro
- No contesta/  
no sabe

**Si no encontró la selección que mejor describe su identidad de género en la Sección 1, haga una selección a partir de la siguiente lista. ¿Cómo se identifica?**

- Hombre transgénero
- Mujer transgénero
- No binario
- Otra
- No sé
- Se niega a responder