

# 2026

## Formulario de cambio de plan de Providence Medicare Advantage Plans

Estimado/a miembro de Providence Medicare Advantage Plans:

Para hacer un cambio en el plan Medicare Advantage que tiene con Providence Medicare Advantage Plans, complete el formulario de cambio de plan adjunto para informar su decisión. Marque el plan que quiera y firme el formulario. Luego devuélvanos el formulario completado por correo.

Puede cambiar de plan de salud solo en algunos momentos del año. Del 15 de octubre al 7 de diciembre, se puede unir, cambiar o abandonar un plan médico o de medicamentos de Medicare para el año siguiente. Además, del 1 de enero al 31 de marzo, quien esté inscrito en un Medicare Advantage Plan (salvo que sea un plan MSA) puede cambiarse de plan o retomar Medicare Original (y unirse a un plan de Medicare de medicamentos recetados independiente). Generalmente, no puede cambiarse en otras instancias, salvo en ciertas situaciones, como si se muda fuera del área de servicio de su plan, desea unirse a un plan de su área con una puntuación de cinco estrellas o califica (o pierde el derecho) para recibir un beneficio adicional para el pago de la cobertura de medicamentos recetados.

Si selecciona otro plan y recibimos su formulario de selección completado antes del fin de cualquier mes, por lo general su plan de beneficios nuevo comenzará el primer día del mes siguiente. Su prima del plan mensual se determinará según la elección del plan como se indica a continuación. Puede seguir viendo a los médicos de atención primaria y especialistas de Providence Medicare Advantage Plans.

Complete el formulario adjunto solo si desea cambiar de plan.

Para ayudarlo con su decisión, hemos incluido también el Resumen de beneficios de 2026 para las opciones disponibles en línea.

Si tiene alguna pregunta, llame a Providence Medicare Advantage Plans al 1-833-818-3020. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Estamos abiertos los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Estamos cerrados los sábados y domingos del 1 de abril al 30 de septiembre.

Muchas gracias.

Providence Medicare Advantage Plans

# Formulario para el cambio de plan

\_\_\_\_\_  
FECHA (DEBE SER EL PRIMER DÍA DEL MES)  
\_\_\_\_\_  
FECHA DE VIGENCIA SOLICITADA (OPCIONAL)

\_\_\_\_\_  
APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE NÚMERO DEL MIEMBRO

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA PERMANENTE (NO INGRESE UNA PO BOX) NÚMERO DE TELÉFONO  
Nota: para las personas en situación de calle, una PO Box puede ser considerada como su dirección de residencia permanente.

\_\_\_\_\_  
CIUDAD CONDADO (OPCIONAL) ESTADO CÓDIGO POSTAL

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

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

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN

\_\_\_\_\_  
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Quiero transferirme de mi plan actual al plan que seleccioné a continuación. Entiendo que si este formulario se recibe al final de cualquier mes, mi plan nuevo estará vigente generalmente a partir del 1 día del mes siguiente. Si este formulario se recibe del 15 de octubre al 7 de diciembre, la fecha de vigencia será generalmente el 1 de enero.

Marque la casilla correspondiente a continuación:

**Providence Medicare Reverence (HMO-POS)**

<b>Monto de la prima mensual:</b> \$25	<b>Atención primaria</b>	<b>Cobertura de internación en hospital:</b>	<b>Atención de emergencia:</b>
<b>Máximo de gastos de bolsillo:</b>	<b>Visita a proveedor:</b>	<b>+ Dentro de la red:</b> \$300 de copago por día por los días 1-6; \$0 de copago por día por el día 7 y los posteriores	<b>\$130 de copago</b>
<b>+ Dentro de la red:</b> \$6,750	<b>+ Dentro de la red:</b> \$15 de copago	<b>+ Fuera de la red:</b> 50 % del costo	<b>Ambulancia:</b> \$275 de copago solo ida
<b>+ Fuera de la red:</b> sin límite	<b>+ Fuera de la red:</b> 50 % del costo		
	<b>Visita a especialista:</b>		
	<b>+ Dentro de la red:</b> \$30 de copago		
	<b>+ Fuera de la red:</b> 50 % del costo		

**Providence Medicare Pine + Rx (HMO)**

<b>Monto de la prima mensual:</b> \$0	<b>Atención primaria</b>	<b>Cobertura de internación en hospital:</b>	<b>Atención de emergencia:</b>
<b>Máximo de gastos de bolsillo:</b>	<b>Visita a proveedor:</b>	<b>+ Dentro de la red:</b> \$395 de copago por día por los días 1-4; \$0 de copago por día por el día 5 y los posteriores	<b>\$130 de copago</b>
<b>+ Dentro de la red:</b> \$6,750	<b>+ Dentro de la red:</b> \$0 de copago		<b>Ambulancia:</b> \$275 de copago solo ida
	<b>Visita a especialista:</b>		
	<b>+ Dentro de la red:</b> \$45 de copago		

# Formulario de cambio de plan dental suplementario opcional

Seleccione una de las opciones siguientes:

---

- Abandonar:** Quiero abandonar mi opción de beneficio suplementario actual.
- Agregar o reemplazar:** Quiero seleccionar un beneficio dental suplementario nuevo de la lista que sigue a continuación.
- Básico:** se le agregarán \$39.00 a su prima médica.
- Mejorado:** se le agregarán \$56.00 a su prima médica.

## La prima 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 una deducción automática de su Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios todos los meses.**

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir un beneficio adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare podría ayudar a pagar los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales por medicamentos recetados, los deducibles anuales y los coseguros. Además, quienes califiquen no estarán sujetos al a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre este beneficio adicional, comuníquese con su oficina de Seguro Social local o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Si califica para recibir un beneficio adicional para cubrir los costos de su cobertura de Medicare de medicamentos recetados, Medicare pagará la totalidad de la prima de su plan o parte de ella para este beneficio. Si Medicare paga únicamente una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubra.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

### Seleccione una opción de pago de prima:

**Recibir 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.com](https://myProvidence.com) o a través del sitio web de Providence en [Providence.org/premiumpay](https://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. (Los usuarios de TTY deben llamar al 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).

## Los campos de esta sección son opcionales.

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

Seleccione esta casilla si le gustaría recibir información en español.

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

Braille       Letra grande       CD de audio       CD de datos

Comuníquese con Providence Medicare Advantage Plans al 1-833-818-3020 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita información en un formato accesible o en un idioma que no sea inglés. Nuestro horario de atención es los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Estamos cerrados los sábados y domingos del 1 de abril al 30 de septiembre.

Firma

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
FECHA DE HOY

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

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN

\_\_\_\_\_  
CIUDAD

\_\_\_\_\_  
CONDADO (OPCIONAL)

\_\_\_\_\_  
ESTADO

\_\_\_\_\_  
CÓDIGO POSTAL

( ) -  
\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN CON EL INSCRITO

## Opciones de envío

### Envíe por correo las páginas a:

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

### Escanee y envíe las páginas a:

503-574-8653

[provMedicare@providence.org](mailto:provMedicare@providence.org)

## Para las personas que ayudan a la persona inscrita a completar este formulario solamente

Complete esta sección si usted es una persona (p. ej. agentes, corredores, asesores del Programa Estatal de Seguro Médico [SHIP], miembros de la familia u otro tercero) que ayuda a una persona inscrita a llenar este formulario.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación con el inscrito

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Número nacional del productor (solo agentes/corredores)

# 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"/> Dejaré la cobertura del empleador o sindicato el (indique la fecha): ____ ____/____ ____/____ ____  | <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"/> 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 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"/> Me inscribiré durante el período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre).  | <input type="checkbox"/> 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): ____ ____/____ ____/____ ____  |
| <input type="checkbox"/> Me inscribiré durante un período de inscripción especial (indique la inscripción especial usada): _____   | <input type="checkbox"/> 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).<br>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:<br>_____<br>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).<br>_____ |
| <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, o me inscribí recientemente en un plan MA durante mi Período de Elección de Cobertura Inicial).  |   |
| <input type="checkbox"/> Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y tengo nuevas opciones disponibles para mí.<br>Me mudé el (indique la fecha): ____ ____/____ ____/____ ____   |   |
| <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"/> Participo en un Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado (SPAP) calificado o estoy perdiendo la ayuda de un Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado.<br>Fecha de inscripción (insertar fecha): ____ ____/____ ____/____ ____<br>Fecha de pérdida de elegibilidad o de notificación, lo que sea posterior (insertar fecha): ____ ____/____ ____/____ ____ |   |

Si ninguna de estas afirmaciones aplican a usted o no está seguro, comuníquese con Providence Medicare Advantage Plans al 1-833-818-3020 or 503-574-5114 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si usted es elegible para inscribirse. Estamos abiertos los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico). Estamos cerrados los sábados y domingos del 1 de abril al 30 de septiembre.