

Formulario de solicitud de inscripción de Medicare Advantage para 2025

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare y quieren afiliarse a un plan de Medicare Advantage

Para afiliarse a un plan, debe cumplir estos requisitos:

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

Importante: Para afiliarse a un plan de Medicare Advantage, también debe tener los siguientes:

- Parte A de Medicare (Seguro hospitalario)
- Parte B de Medicare (Seguro médico)

¿Cuándo se usa este formulario?

Puede afiliarse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que comienza el 1 de enero)
- A los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- En determinadas situaciones en las que tiene permitido afiliarse a un plan o cambiar de plan

Visite **Medicare.gov** para obtener más información acerca de cuándo se puede afiliarse a un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

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

Nota: Debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales, es decir que no se le puede denegar la cobertura por no completarlos.

Recordatorios:

- Si quiere afiliarse a 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 si registrarse 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).

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga 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 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es un promedio de 20 minutos por respuesta, lo cual incluye el tiempo para leer las instrucciones, buscar los recursos de información existentes, reunir los datos necesarios, completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión del tiempo estimado 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 otro elemento con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a PRA Reports Clearance Office. Se destruirá cualquier elemento que recibamos que no se relacione con una forma de mejorar este formulario o la carga de la recopilación (se describe en OMB 0938-1378). No se guardará, revisará ni remitirá al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

¿Qué sucede después?

Debe presentar su formulario completo y firmado mediante una de las tres opciones que se indican a continuación. Una vez que se haya procesado su solicitud para afiliarse, se comunicarán con usted.

01 Por correo:
Providence Medicare Advantage Plans
P.O. Box 5548
Portland, OR 97228-5548

02 Escanee y envíe las páginas por fax al:
503-574-8653

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

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

- Llame a Providence Medicare Advantage Plans al **503-574-6508** o **1-855-234-2495 (TTY: 711)**.
- O llame a Medicare gratis al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle. TTY: **1-877-486-2048**.
- En inglés: Call Providence Medicare Advantage Plans at **503-574-6508** or **855-234-2495 (TTY: 711)**. Or, call Medicare at 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). TTY: **1-877-486-2048**.

Personas que no tienen vivienda

Si quiere afiliarse a un plan, pero no tiene una residencia permanente, puede usar una casilla postal, la dirección de un refugio o una clínica o la dirección donde recibe correo (por ej., cheques del seguro social) como dirección residencial permanente.

Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que se marquen como opcionales)

Seleccione el plan al que quiere afiliarse:

- Providence Medicare Dual Plus
(HMO D-SNP): \$0 por mes
* Este plan tiene requisitos especiales para la inscripción. Para ser elegible, debe reunir los requisitos para los beneficios completos de Medicaid y Medicare.

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura solicitada (opcional): ____ / ____ / ____
(debe ser el primer día del mes)

Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre (Opcional) _____
____ / ____ / ____ () -
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) SEXO: Masculino Número de teléfono _____
 Femenino

Dirección de residencia permanente (no coloque una casilla de correo)

Ciudad _____ Condado (opcional) _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección postal, si es diferente de la dirección permanente (puede colocar una casilla postal):

Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Su información de Medicare:

____ - ____ - ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____
Número de Medicare Hospitalario (Parte A) Médico (Parte B)
Fecha de entrada en vigencia (opcional) 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, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios médicos para empleados federales, beneficios de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA) o programas de asistencia farmacéutica del estado.

Si responde que "sí", indique su otra cobertura y su número de identificación (ID) para esa cobertura.

Nombre de la otra cobertura

Número de ID de esa cobertura

Número de grupo para esa cobertura

Marque todas las que correspondan:

Médica De la vista Odontológica De medicamentos con receta

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

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

¿Tiene beneficios completos de Oregon Health Plan (Medicaid)? Sí No

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener ambas coberturas de la parte Hospitalaria (Parte A) y Médica (Parte B) para permanecer en Providence Medicare Advantage Plans.
- Al afiliarme a este plan de Medicare Advantage, reconozco que Providence Medicare Advantage Plans compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, realizar pagos o para otros fines que estén permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. No obstante, el hecho de que no responda puede afectar su inscripción en el plan.
- Entiendo que puedo estar inscrito solo en un plan de MA a la vez y que la inscripción en este plan pondrá fin automáticamente a mi inscripción en otro plan de MA (se aplican excepciones para los Planes privados de pago por servicio [Private Fee-for-Service, PFFS] de MA y los Planes de cuentas de ahorro médico [Medical Savings Account, MSA] de MA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Providence Medicare Advantage Plans, debo recibir todos los beneficios médicos y de medicamentos con receta de Providence Medicare Advantage Plans. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por Providence Medicare Advantage Plans e incluidos en mi documento "Evidencia de cobertura" de Providence Medicare Advantage Plans (que también se conoce como "contrato del miembro" o "acuerdo del afiliado"). Ni Medicare ni Providence Medicare Advantage Plans pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono deliberadamente información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que leí y que entiendo el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica lo siguiente:
 1. Esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal para completar esta inscripción.
 2. La documentación sobre esta autorización está disponible si Medicare la solicita.

Firma

____/____/____
Fecha de hoy

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

Nombre

Dirección

() -

Número de teléfono

Relación con el afiliado

Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales

Usted elige si quiere responder estas preguntas. No se le puede denegar la cobertura si no los completa.

¿Es de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las que correspondan.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino ni español | <input type="checkbox"/> Sí, soy cubano/a |
| <input type="checkbox"/> Sí, soy mexicano/a, mexicano/a estadounidense, chicano/a | <input type="checkbox"/> Sí, soy de otro origen hispano, latino o español |
| <input type="checkbox"/> Sí, soy puertorriqueño/a | <input type="checkbox"/> Elijo no responder |

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las que correspondan.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena americana o nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái | <input type="checkbox"/> Blanca |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Otra raza asiática | <input type="checkbox"/> Elijo no responder |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> De otra isla del Pacífico | |
| <input type="checkbox"/> Guameña o chamorra | | |

Indique su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), clínica o centro de salud:

Si no indica un PCP, se le asignará uno.

Seleccione esta casilla si quiere recibir información en español.

Seleccione esta casilla si quiere recibir información en vietnamita.

Seleccione esta casilla si quiere recibir información en ruso.

Seleccione una si quiere que le enviemos la información en un formato accesible.

Braille Letra grande CD de audio CD de datos

Comuníquese con Providence Medicare Advantage Plans al **1-800-603-2340** o al **503-574-8000** si necesita información en un formato accesible distinto de los enumerados anteriormente.

Nuestro horario de atención es los siete días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico). Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja?

Sí No

¿Su cónyuge trabaja?

Sí No

Dirección de correo electrónico

Únicamente para personas que ayudan a los afiliados a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (es decir, agente, intermediario, asesor del Programa estatal de asistencia sobre seguro médico [State Health Insurance Assistance Program, SHIP], familiar u otro tercero) que está ayudando al afiliado a completar este formulario.

Nombre

Relación con el afiliado

Firma

Número de productor nacional (solo agentes/intermediarios)

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. La Sección 1851 de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) y las Secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de la inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo que se especifica en el Aviso del sistema de registros (System of Records Notice, SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)" (Medicamentos con receta de Medicare Advantage [MARx]), Sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. No obstante, el hecho de que no responda puede afectar su inscripción en el plan.

Certificación de elegibilidad para un período de inscripción

Por lo general, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage únicamente durante el período de inscripción anual que va desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de ese período.

Lea las siguientes afirmaciones con detenimiento y marque la casilla si la declaración se aplica a usted.

Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si, más adelante, determinamos que esta información es incorrecta, se podría cancelar su afiliación.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Soy nuevo en Medicare. | <input type="checkbox"/> Obtuve mi condición de presencia legal en los Estados Unidos hace poco. Obtuve esta condición el (introduzca la fecha): ____ ____/____ ____/____ ____ |
| <input type="checkbox"/> Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (introduzca la fecha): ____ ____/____ ____/____ ____ | <input type="checkbox"/> Hace poco tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid por primera vez, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (introduzca la fecha): ____ ____/____ ____/____ ____ |
| <input type="checkbox"/> Hace poco tuve un cambio en mi Ayuda adicional que paga la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recibí por primera vez Ayuda adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el (introduzca la fecha): ____ ____/____ ____/____ ____ | <input type="checkbox"/> Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica que proporciona mi estado. |
| <input type="checkbox"/> Me inscribo durante el período de inscripción anual (desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre). | <input type="checkbox"/> Dejé un Programa de atención integral para personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) hace poco el (introduzca la fecha): ____ ____/____ ____/____ ____ |
| <input type="checkbox"/> Me inscribo durante un período de inscripción especial (introduzca la inscripción especial que se usa). _____ | <input type="checkbox"/> Me mudaré a un Centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un centro de cuidados o un centro de atención a largo plazo), vivo en uno o me fui de uno hace poco. Me mudé o me mudaré al centro el (introduzca la fecha): ____ ____/____ ____/____ ____
Me fui o me iré del centro el (introduzca la fecha): ____ ____/____ ____/____ ____ |
| <input type="checkbox"/> Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero realizar un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP)(desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo o me inscribí recientemente en un plan de MA durante mi período de elección de cobertura inicial). | <input type="checkbox"/> Perdí hace poco de forma involuntaria mi cobertura acreditable para medicamentos con receta (cobertura equivalente a la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (introduzca la fecha): ____ ____/____ ____/____ ____ |
| <input type="checkbox"/> Me mudé hace poco afuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé hace poco y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (introduzca la fecha): ____ ____/____ ____/____ ____ | <input type="checkbox"/> Mi plan finaliza su contrato con Medicare, o Medicare finaliza su contrato con mi plan el (introduzca la fecha): ____ ____/____ ____/____ ____ |
| <input type="checkbox"/> Estuve encarcelado y quedé en libertad hace poco. Quedé en libertad el (introduzca la fecha): ____ ____/____ ____/____ ____ | |
| <input type="checkbox"/> Regresé hace poco a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país. Regresé a los EE. UU. el (introduzca la fecha): ____ ____/____ ____/____ ____ | |

- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero escoger otro diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (introduzca la fecha): ____ ____ / ____ ____ / ____ ____
- Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero dejé de cumplir los requisitos de necesidades especiales que se exigen para estar en ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (introduzca la fecha): ____ ____ / ____ ____ / ____ ____
- Recibí hace poco un aviso de determinación de derecho de Medicare para una fecha de entrada en vigencia retroactiva. (Adjunte una copia de su aviso de derecho). Me avisaron el (introduzca la fecha): ____ ____ / ____ ____ / ____ ____

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o si 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 ver si es elegible para inscribirse. El horario de atención es los siete días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico).

