N.° de OMB: 0938-1378
Vence el 31/dic./2026

Providence
Medicare Advantage Plans

Formulario de solicitud para la inscripción en Medicare Advantage para 2026

¿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 los 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 número de teléfono

Nota: 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.

¿Qué ocurre después?

Envíe el formulario completado y firmado a través de una de las tres opciones que se presentan a continuación. Cuando procesen su solicitud, se comunicarán con usted.

01 Correo postal:
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 recibo ayuda para completar este formulario?

- Llame a Providence Medicare Advantage Plans al **503-574-6508** o **al 1-855-234-2495 (TTY: 711)**.
- O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**). TTY: **1-877-486-2048**.
- **En español:** Llame a Providence Medicare Advantage Plans al **503-574-6508** o **1-855-234-2495/TTY: 711** o a Medicare gratis al **1-800-633-4227 y** oprima el 8 para 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.

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 (Railroad Retirement Board, RRB).

De acuerdo con la Ley para Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información salvo que 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 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 otro elemento con su información personal (tales 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 ocurre después?" en esta página para enviar su formulario completado al plan.**

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 Dual Plus (HMO D-SNP) - $0 por mes
*Este plan tiene requisitos de inscripción especiales. Para ser elegible, debe calificar 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)

Primer nombre _____ Apellido _____ Inicial del 2.º nombre (Opcional) _____

__ __/__ __/__ __ __ __
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

SEXO: ☐ Masculino ☐ Femenino

( ) -
Número de teléfono

Dirección de residencia permanente (no ingrese un PO Box) Nota: para las personas en situación de calle, un PO Box se puede considerar como su dirección de residencia permanente.

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

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

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Su información de Medicare:

__ __ __ __-__ __ __-__ __ __ __
Número de Medicare

__ __/__ __/__ __ __ __
Cobertura hospitalaria (Parte A)
Fecha de entrada en vigencia (opcional)

__ __/__ __/__ __ __ __
Cobertura médica (Parte B)
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, inclusive 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 la respuesta es "Sí", identifique su otra cobertura y su número de identificación (ID) para esta cobertura:

_____

Nombre de la otra cobertura

_____ _____

Número de miembro para esta cobertura Número de grupo para esta cobertura

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

¿Está inscrito en un programa estatal de Medicaid? ☐ Sí ☐ No

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

¿Tiene usted todos los beneficios del Plan de Salud de Oregon (Medicaid)? ☐ Sí ☐ No

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).
- 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.
- 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 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

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 respondió.

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 esta casilla si le gustaría recibir información en ruso.

☐ Seleccione esta casilla si le gustaría recibir información en chino simplificado.

☐ Seleccione esta casilla si le gustaría recibir información en árabe.

☐ Seleccione esta casilla si le gustaría recibir información en somalí.

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 **1-800-603-2340** o al **503-574-8000** si necesita información en un formato accesible diferente de los indicados anteriormente. Nuestro horario es de 8 a. m. a 8 p. m. los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre (hora del Pacífico).

¿Usted trabaja?

☐ Sí ☐ No

¿Su cónyuge trabaja?

☐ Sí ☐ No

_____

Correo electrónico

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 de productor (NPN) (solo agentes/corredores) _____

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 cualquiera 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.

- ☐ Soy nuevo en Medicare:
- ☐ Dejaré la cobertura del empleador o sindicato el (indique la fecha): ___ ___ /___ ___/___ ___
- ☐ 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): ___ ___ /___ ___ /___ ___
- ☐ Me inscribiré durante el período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre).
- ☐ Me inscribiré durante un período de inscripción especial (indique la inscripción especial usada) _____
- ☐ 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).
- ☐ Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y tengo nuevas opciones disponibles para mí. Me mudé el (indique la fecha): ___ ___ /___ ___ /___ ___
- ☐ Recientemente me liberaron del encarcelamiento. Me liberaron el (indique la fecha): ___ ___ /___ ___ /___ ___
- ☐ Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el (indique la fecha):___ ___ /___ ___ /___ ___
- ☐ Recientemente obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (indique la fecha): ___ ___ /___ ___ /___ ___
- ☐ 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):___ ___ /___ ___ /___ ___
- ☐ Participo en un Programa de Asistencia Farmacéutica del Estado (SPAP) calificado o estoy perdiendo la ayuda de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica. Fecha de inscripción (insertar fecha): ___ ___ /___ ___/___ ___ Fecha de pérdida de elegibilidad o de notificación, lo que sea posterior (insertar fecha): ___ ___ /___ ___/___ ___
- ☐ Recientemente abandoné un programa de atención integral para los adultos mayores (PACE) (indique la fecha):___ ___ /___ ___ /___ ___
- ☐ 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): ___ ___ /___ ___ /___ ___ Me mudé/mudaré fuera del centro el (indique la fecha): ___ ___ /___ ___ /___ ___
- ☐ 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):___ ___ /___ ___ /___ ___

☐ Mi plan finalizará su contrato con Medicare o Medicare finalizará su contrato con mi plan (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):____ ____/____ ____/____ ____

☐ 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):____ ____/____ ____/____ ____

☐ 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).

_____

☐ Tengo Medicare y recibo los beneficios completos de Medicaid. Deseo unirme o cambiarme a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de atención administrada de Medicare y Medicaid (que se denomina plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP) integrado).

Si califica para el siguiente período de inscripción especial (SEP), llame al Servicio al cliente al 1-800-Medicare.

- Si le anularon la inscripción por una sanción de los CMS
- Si no estaba adecuadamente informado de una pérdida de cobertura acreditable
- Si se vio afectado por un cambio significativo establecido por los CMS en la red de proveedores
- Si estaba inscrito en un Plan que infringía sustancialmente su contrato
- Si tiene una circunstancia excepcional fuera de su control que le impidió presentar una solicitud oportuna para inscribirse en un Plan durante un período de elección válido
- Si se produjo una tergiversación de marketing durante su inscripción o cancelación de la inscripción en un plan
- Si estaba inscrito o no en la Parte D debido a un error de un empleado federal

Si ninguna 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. Nuestro horario es de 8 a. m. a 8 p. m. los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre (hora del Pacífico).

Providence
Medicare Advantage Plans