

www.pphealthplan.com

Formulario de Inscripción de Provider Partners Health Plan
Comuníquese con **Provider Partners Health Plan (PPHP)** si necesita información en otro idioma o formato (braille).

Para inscribirse en Provider Partners Health Plan, proporcione la siguiente información:

Marque el plan en el que quiere inscribirse: <input type="checkbox"/> Illinois Advantage \$26.00 por mes <input type="checkbox"/> Maryland Advantage \$29.70 por mes <input type="checkbox"/> Pennsylvania Advantage \$35.60 por mes <input type="checkbox"/> Ohio Advantage \$28.50 por mes			
Apellido	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	Teléfono residencial	
Dirección de residencia permanente (no se permite casilla de correo):			
Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Dirección postal (solamente si es distinta de la dirección de residencia permanente)			
Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Contacto de emergencia	Número de teléfono	Relación con usted	
Dirección de correo electrónico			

Proporcione la información de su seguro de Medicare

Para completar esta sección, utilice su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

- Complete esta información con los datos tal y como aparecen en su tarjeta de Medicare.

-O-

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de la carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

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

Número de Medicare: _____

Emitida a nombre de: Fecha de entrada en vigencia:

SERVICIOS HOSPITALARIOS (Parte A)

SERVICIOS HOSPITALARIOS (Parte B)

Usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Cómo pagar la prima de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (inclusive cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda tener) mediante correo, cada mes. También puede elegir pagar la prima por deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario, todos los meses.

Si se le considera una cantidad del ajuste mensual relacionado con el ingreso por la Parte D, la Administración del Seguro Social será quien se lo notifique. Usted será responsable de pagar ese monto adicional, además de la prima de su plan. Se tomará el dinero de su cheque de beneficios de Seguro Social, o bien Medicare o la Junta de Retiro Ferroviario le emitirán directamente una factura. **NO DEBE PAGAR a PPHP el IRMAA de la Parte D.**

Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir Ayuda Adicional y así pagar por los costos de medicamentos con receta. Si es así, Medicare puede pagar por el 75 % o más de los costos de medicamentos con receta, inclusive de la primas mensuales de medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguros. Además, quienes califiquen no tendrán una etapa sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas cumplen los requisitos para estos ahorros, pero ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre el programa Ayuda Adicional, comuníquese con la oficina local del 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 el programa Ayuda Adicional en Internet en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si usted cumple los requisitos del programa Ayuda Adicional para recibir ayuda con los costos de su cobertura de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan. Si Medicare solamente paga una parte de esta prima, le facturaremos a usted la cantidad que Medicare no cubra.

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

Seleccione una opción de pago de la prima:

- Recibir una factura todos los meses
- Transferencia electrónica de fondos de su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte 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: __ De cheques __ De ahorro
- Deducción automática del cheque mensual de beneficios de Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)
- Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social Junta de Retiro Ferroviario

(Pueden ser necesarios dos o más meses para que comience la deducción de Seguro Social/Junta de Retiro Ferroviario, una vez que la Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario hayan aprobado la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción del cheque de beneficios que reciba de estos organismos incluirá todas las primas que adeude desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por las primas de su plan).

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho sustancial, y cometa un acto fraudulento en contra del seguro, lo que constituye un delito, estará sujeta a una sanción civil y penal.

Lea y responda estas preguntas importantes

1. ¿Tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)? Sí No

Si se le hizo un trasplante de riñón con buenos resultados o si ya no necesita diálisis de forma habitual, **adjunte una nota o los registros** de su médico que lo demuestre, de lo contrario, nos comunicaremos con usted para obtener más información.

2. Algunas personas podrían tener otra cobertura de medicamentos, por ejemplo, seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios para veteranos o Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además de la que brinda PPHP? Sí No

Si respondió "sí", indique su otra cobertura y su número de identificación (ID) de esa cobertura:

Nombre de la otra cobertura: **N.º de ID de esa cobertura:** **N.º de grupo de esa cobertura**

3. ¿Usted reside en un centro de cuidado a largo plazo, como un asilo de convalecencia? Sí No

Si la respuesta es "sí", indíquenos la siguiente información:

Nombre de la institución: _____ Fecha de admisión: _____

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

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

Si respondió "sí", escriba su número de Medicaid: _____

5. ¿Trabajan usted o su cónyuge? Sí No

6. Elija el nombre de un médico de cabecera, una clínica o centro de salud:

7. Marque el espacio que se presenta a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés, o en un formato accesible:

_____ Español

_____ Letra grande, braille

Si necesita información en un formato accesible o en un idioma que no aparece arriba, comuníquese con PPHP al 1-800-405-9681. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo; y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 711 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



Lea esta información importante

Si actualmente tiene cobertura de salud provista por un empleador o sindicato, inscribirse en PPHP podría tener un efecto sobre los beneficios de salud que le proveen su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en PPHP. Lea la información que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que figura en la información. Si no tiene ninguna información de contacto, su administrador de beneficios o la oficina encargada de responder preguntas sobre su cobertura le pueden ayudar.

Lea y firme al pie

Al llenar esta solicitud de inscripción, acuerdo que:

PPHP es un plan Medicare Advantage que tiene un contrato con el gobierno federal. Necesitaré conservar mi Medicare, Partes A y B. Solamente puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o pueda tener en el futuro. Generalmente, la inscripción en este plan es para todo el año. Una vez inscrito en el plan, solamente podré salir o hacer cambios durante ciertos períodos del año, cuando esté abierto el período de inscripción (ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o en ciertas circunstancias especiales.

PPHP atiende un área de servicios específica. Si me mudo fuera del área de servicio de PPHP, tendré que notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y encontrar otro plan en el área nueva. Una vez que sea miembro de PPHP, tendré derecho a apelar las decisiones del plan sobre pago o servicios si no estoy de acuerdo con ellas. Cuando lo reciba, leeré el documento Prueba de Cobertura de PPHP para saber qué normas debo cumplir para recibir cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que quienes tienen Medicare por lo general no tienen cobertura fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en que comience la cobertura de PPHP, debo obtener todos los servicios de cuidado de la salud de parte de PPHP, a excepción de los servicios de emergencia o urgencia y servicios de diálisis fuera del área de servicio. Estarán cubiertos los servicios autorizados por PPHP y demás servicios abarcados en el documento Prueba de Cobertura de PPHP (también conocido como contrato del miembro o convenio del suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI PPHP PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si recibo ayuda de un agente de ventas, de seguros o de una persona empleada o contratada por PPHP, Inc., es probable que esta persona reciba una comisión por inscribirme en PPHP.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, acepto que PPHP divulgue mi información a Medicare y a otros planes, según sea necesario para el tratamiento, procesamiento de pagos y las operaciones de cuidado de la salud. También acepto que PPHP divulgue mi información, incluidos datos de eventos asociados a medicamentos con receta al programa Medicare, que a su vez, puede divulgarla para fines de investigación u otros que cumplan todos los estatutos y normas federales correspondientes. La información de esta solicitud de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si incluyo información falsa intencionalmente en esta solicitud, perderé 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 en el que resido) en esta solicitud significa que he leído y entiendo su contenido. Si la firma es de una persona autorizada (según lo descrito arriba), certifica que: 1) esta persona está autorizada a efectuar la inscripción, conforme a las leyes estatales; y 2) la documentación de esta autorización se encuentra disponible a pedido de Medicare.

Firma:	Fecha de hoy:
--------	---------------

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (_____) _____

Relación con el afiliado: _____

Uso exclusivo de la oficina:
Nombre de miembro del personal/agente/corredor (si recibe asistencia en la inscripción): _____
N.º de ID de plan: _____
Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____
ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No cumple los requisitos: _____
Si el formulario se completó durante un evento de marketing, coloque la ID del evento aquí: _____

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

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a su situación. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, cumple los requisitos para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, podremos cancelar 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).
- Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o hace poco me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (escriba la fecha) _____.
- Hace poco tiempo fui liberado tras estar en prisión. Recuperé la libertad el (escriba la fecha) _____.
- Hace poco tiempo regresé a Estados Unidos tras vivir de manera permanente fuera del país. Regresé a Estados Unidos el (escriba la fecha) _____.
- Hace poco recibí la residencia legal en Estados Unidos. Recibí la residencia el (escriba la fecha) _____.
- Hace poco hubo modificaciones en mi Medicaid (Medicaid nuevo, cambio en el nivel de asistencia de Medicaid, o baja de Medicaid) el (escriba la fecha) _____.
- Hace poco hubo un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar por medicamentos con receta en Medicare (Ayuda Adicional nueva, cambio de nivel de la Ayuda Adicional, o Ayuda Adicional cancelada) el (escriba la fecha) _____.
- Tengo tanto Medicare como Medicaid (o el estado me ayuda a pagar por las primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional en el pago de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no han habido cambios.
- Me voy a mudar a, vivo en o hace poco salí de un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un asilo de convalecencia). Me mudé/me mudaré/saldré del centro el (escriba la fecha) _____.
- Hace poco abandoné un Programa de Cuidado Todo Incluido para Ancianos el (escriba la fecha) _____.
- Hace poco, y de manera involuntaria, perdí la cobertura de medicamentos con receta acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí la cobertura de medicamentos el (escriba la fecha) _____.
- Cancelaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (escriba la fecha) _____.
- Pertenezco al programa de asistencia en farmacia que brinda mi estado.
- Mi plan cancelará su contrato con Medicare, o bien Medicare cancelará su contrato con mi plan.
- Medicare (o el estado) me inscribió en un plan y yo quiero elegir otro plan. Mi inscripción en ese plan comenzó el (escriba la fecha) _____.
- Estaba inscrito en un plan para personas con necesidades especiales (SNP) pero he perdido la calificación como "persona con necesidades especiales" que es necesaria para pertenecer al plan. Mi participación en el SNP se canceló el (escriba la fecha) _____.
- Fui afectado por una emergencia meteorológica o por un gran desastre, según la definición de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA). Una de las afirmaciones aquí incluidas coincidía con mi situación, pero no pude llevar a cabo la inscripción debido al desastre natural.

Si ninguna de las declaraciones coincide con su situación o no está seguro, comuníquese con PPHP al 1-800-405-9681. Los usuarios de (TTY) deben llamar al 711 para saber si reúnen los requisitos para inscribirse. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo; y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.