Provider Partners Health Plans

OMB No. 0938-1378
Vencimiento: 02/28/2029

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE PROVIDER PARTNERS HEALTH PLANS

¿Quién puede utilizar este formulario?
Personas con Medicare que quieren inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, debe:
- Ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos
- Vivir en nuestra área de servicio

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, debe tener ambos:
- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)

¿Cuándo uso este formulario?
Puede inscribirse en un plan:
- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de obtener por primera vez Medicare
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para responder este formulario?
- Su número de Medicare (el número de la tarjeta Medicare roja, blanca y azul)
- Su dirección permanente y el número de teléfono

Nota: Debe llenar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

Recordatorio:
- Si desea inscribirse en un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará la factura de la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que los pagos de la prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

¿Qué pasa después?
Envíe su formulario completo a:

Provider Partners Health Plans
8820 Columbia 100 Parkway,
Suite 430
Columbia, MD, 21045

Una vez que se procese su solicitud de inscripción, se pondrán en contacto con usted.

¿Dónde pido ayuda para completar el formulario?
Llame a Provider Partners Health Plans al 1-800-405-9681. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O bien, 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 Provider Partners Health Plans al 1-800-405-9681 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 sin hogar
- Si desea inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe la correspondencia (por ejemplo, cheques del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar esta recopilación de información es de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes y recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud 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 artículo que contenga su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a PRA Reports Clearance Office. Cualquier artículo que recibamos que no tenga que ver con cómo mejorar este formulario o el tiempo de recopilación (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué pasa después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Y0135_ACEENRFRM27_C Aprobado por CMS/Autorizado para uso desde 9/8/2026 (según corresponda)

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

Seleccione el plan en el que desea inscribirse:

- ☐ H3800-001 Provider Partners Illinois Advantage Plan (HMO I-SNP) $7.60
- ☐ H4444-001 Provider Partners Indiana Advantage Plan (HMO I-SNP) $17.00
- ☐ H4444-004 Provider Partners Indiana Community Plan (HMO I-SNP) $0.00
- ☐ H9191-001 Provider Partners Missouri Advantage Plan (HMO I-SNP) $18.40
- ☐ H9191-006 Provider Partners Missouri Community Plan (HMO I-SNP) $0.00
- ☐ H9191-007 Provider Partners Missouri Essential Plan (HMO I-SNP) $14.50
- ☐ H4439-001 Provider Partners North Carolina Advantage Plan (HMO I-SNP) $13.30
- ☐ H4439-004 Provider Partners North Carolina Community Plan (HMO I-SNP) $0.00
- ☐ H4439-005 Provider Partners North Carolina Essential Plan (HMO I-SNP) $13.30
- ☐ H4093-001 Provider Partners Pennsylvania Advantage Plan (HMO I-SNP) $12.80
- ☐ H4093-009 Provider Partners Pennsylvania Community Plan (HMO I-SNP) $0.00
- ☐ H4093-010 Provider Partners Pennsylvania Essential Plan (HMO I-SNP) $12.80
- ☐ H4054-001 Provider Partners Texas Advantage Plan (HMO I-SNP) $6.30

Nombre:	Apellido:	[Optional: Middle Initial]:

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (_ _/_ _/_ __ _)	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Número de teléfono: ( )

Número y calle de residencia permanente (no ingrese un apartado postal. Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente.):

Ciudad:	[Optional: County:]	Estado:	Código postal:

Dirección postal, si es diferente a su dirección permanente (se permite apartado postal):

Número y calle: Ciudad: Estado: Código postal:

Su información de Medicare:

Número de Medicare: _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _

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

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Provider Partners Health Plans?

☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura: _____ Número de miembro de esta cobertura: _____ Número de grupo de esta cobertura: _____

¿Es residente de un centro de atención a largo plazo? ☐ Sí ☐ No.

Si responde "sí", dé la siguiente información:

Nombre del centro: _____

Dirección (número y calle) y teléfono del centro: _____

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como médica (Parte B) para permanecer en Provider Partners Health Plans.
- Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage, reconozco que Provider Partners Health Plans compartirá mi información con Medicare, quien podrá usarla para rastrear mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Provider Partners Health Plans, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Provider Partners Health Plans. Los beneficios y servicios ofrecidos por Provider Partners Health Plans e incluidos en el documento de "Evidencia de cobertura" de Provider Partners Health Plans (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscriptor) tendrán cobertura. Ni Medicare ni Provider Partners Health Plans pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- A mi leal saber y entender, la información en este formulario es correcta. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se cancelará mi plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si firma una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
  1) Esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal para completar esta inscripción y
  2) La documentación de esta autoridad está disponible cuando Medicare la solicite.

Firma:	**Fecha de hoy**
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:	
Nombre:	Dirección:
Número de teléfono:	Relación con el miembro:

Sección 2 – Todos los campos de esta sección son opcionales

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura por no responderlas.

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma distinto al inglés.

☐ Español

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

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Comuníquese con Provider Partners Health Plans al 1-800-405-9681 si necesita información en un formato accesible distinto a los mencionados arriba. El 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. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No ¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

Mencione su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Cómo pagar la prima mensual del plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda deber) por correo o mediante transferencia electrónica de fondos (EFT) cada mes. **También puede elegir pagar la prima de su plan con débito automático del monto de la prima de su cheque mensual del beneficio del Seguro Social o la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) cada mes.**

Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso para la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar este monto extra además de la prima del plan.

Seleccione una opción de pago de prima:

☐ Reciba una factura cada mes

☐ Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque CANCELADO o proporcione lo siguiente:

Nombre del titular de la cuenta: _____

Número de identificación bancaria: _____ Número de cuenta bancaria: _____

Tipo de cuenta: ☐ Corriente ☐ De ahorros

☐ Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: ☐ Seguro Social ☐ RRB

(La deducción del Seguro Social puede tardar dos meses o más en comenzar después de que el Seguro Social o RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha efectiva de su inscripción hasta el momento en que comienza la retención. Si el Seguro Social o RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel por sus primas mensuales.)

Solo para personas que ayudan al inscripto a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (es decir, agente, corredor, asesor de SHIP, familiar u otro tercero) que ayuda a un inscrito a completar este formulario.

Nombre: _____ Relación con el miembro: _____

Firma: _____ Número de productor nacional (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 realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en Planes Medicare Advantage (MA) para mejora de la atención y el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (MARx)", Sistema Nro. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Solo para uso interno:

Nombre del miembro del personal/agente/corredor (si recibió ayuda en la inscripción): _____

N.º de ID del plan _____ Fecha de recepción de la solicitud: _____

Fechas de vigencia de la cobertura: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No elegible:_____

Si el formulario se completó en un evento de marketing, indique el ID del evento aquí: _____

Confirmación de elegibilidad para un Período de Inscripción

Generalmente, usted puede inscribirse a un plan Medicare Advantage únicamente durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes afirmaciones con atención y marque la casilla si la afirmación es aplicable a usted. Al marcar cualquiera de las casillas a continuación, usted certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para un Período de Inscripción. Si luego determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele 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).
- ☐ Recientemente me mudé fuera del área de servicio para mi plan actual o recientemente me mudé y tengo nuevas opciones disponibles. Me mudé el (insertar la fecha) _____
- ☐ Recientemente fui puesto en libertad luego de haber estado encarcelado. Fui puesto en libertad el (insertar la fecha) _____
- ☐ Recientemente regresé a los Estados Unidos después de haber vivido permanentemente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el (insertar la fecha) _____
- ☐ Recientemente obtuve un estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (insertar la fecha) _____
- ☐ Recientemente 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 (insertar la fecha) _____
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional (Extra Help) (obtuve Ayuda Adicional por primera vez, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (insertar la fecha) _____
- ☐ Tengo Medicare y recibo los beneficios completos de Medicaid. Quiero inscribirme en un plan o cambiar a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de atención administrada de Medicare y Medicaid (denominado Plan de Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad [D-SNP] integrado).
- ☐ Me estoy mudando a un centro de atención a largo plazo, vivo en uno de estos centros o recientemente me mudé de uno (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré al/del centro el (insertar la fecha) _____
- ☐ Recientemente dejé un programa PACE el (insertar la fecha) _____
- ☐ Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (insertar la fecha) _____
- ☐ Voy a dejar la cobertura de mi empleador o sindicato el (insertar la fecha) _____
- ☐ Estoy inscrito en un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos o voy a perder la asistencia de un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos.
- ☐ Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- ☐ Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar la fecha) _____
- ☐ Me vi afectado por una emergencia o un desastre de gran magnitud (declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA] o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Una de las otras afirmaciones indicadas aquí se aplicaba a mi caso, pero no pude solicitar la inscripción debido al desastre.

Si ninguna de estas situaciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con Provider Partners Health Plans al 800-405-9681 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para verificar si es elegible para inscribirse.

El 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.