

# Formulario de inscripción en Medicare Advantage



Colorado Health Neighborhoods  
 + Centura Health.

Comuníquese con Bright Health al (844) 679-2029 si necesita información en otro idioma o formato (por ej. Braille, en letras grandes, cinta de audio).

**Para inscribirse en Bright Health debe proporcionar la siguiente información:**

Marque el plan en el que desea inscribirse:

<b>Contrato</b>	<b>PBP</b>	<b>Nombre del plan</b>	<b>Tipo de plan</b>	<b>Prima</b>
<input type="checkbox"/> H5841	001	Bright Advantage Flex	PPO	\$0
<input type="checkbox"/> H5841	002	Bright Advantage Flex Plus	PPO	\$61
<input type="checkbox"/> H5841	007	Bright Advantage Access	PPO	\$0
<input type="checkbox"/> H7853	001	Bright Advantage	HMO	\$0
<input type="checkbox"/> H7853	002	Bright Advantage Plus	HMO	\$41
<input type="checkbox"/> H7853	003	Bright Advantage Choice	HMO-POS	\$0
<input type="checkbox"/> H7853	004	Bright Advantage Choice Plus	HMO-POS	\$67
<input type="checkbox"/> H7853	005	Bright Advantage Assist	HMO	desde \$0 *

Marque el plan de beneficios complementarios opcionales (Optional Supplemental Benefits, OSB) en que desea inscribirse:

**Cobertura dental**

<b>Contrato</b>	<b>PBP</b>	<b>Nombre del plan</b>	<b>Tipo de plan</b>	<b>Prima</b>
<input type="checkbox"/> H5841	001	Bright Advantage Flex	Cobertura dental integral	\$26
<input type="checkbox"/> H5841	007	Bright Advantage Access	Cobertura dental integral	\$26
<input type="checkbox"/> H7853	001	Bright Advantage	Cobertura dental integral	\$24
<input type="checkbox"/> H7853	002	Bright Advantage Plus	Cobertura dental integral	\$24
<input type="checkbox"/> H7853	003	Bright Advantage Choice	Cobertura dental integral	\$24
<input type="checkbox"/> H7853	004	Bright Advantage Choice Plus	Cobertura dental integral	\$24

**Atención de la vista**

<b>Contrato</b>	<b>PBP</b>	<b>Nombre del plan</b>	<b>Tipo de plan</b>	<b>Prima</b>
<input type="checkbox"/> H5841	001	Bright Advantage Flex	Atención de la vista	\$4
<input type="checkbox"/> H5841	007	Bright Advantage Access	Atención de la vista	\$4

Exención \* Si pierde toda la ayuda adicional, es posible que sea responsable del monto de la prima mensual total de su plan.

<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.			
APELLIDO:		NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): __ / __ / ____		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Teléfono principal: ( ___ ) ___ - ____		Teléfono alternativo: ( ___ ) ___ - ____	
Dirección de residencia permanente (no se permiten casillas de correo):			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Dirección de correspondencia (solo si no es igual a la dirección de residencia permanente):			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Contacto de emergencia:			
Número de teléfono del contacto de emergencia: ( ___ ) ___ - ____		Parentesco:	
Dirección de correo electrónico:			
<b>Ingrese su información de seguro de Medicare</b>			
Tenga a mano su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.  <input type="checkbox"/> Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.  <b>-O BIEN-</b>  <input type="checkbox"/> Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.		Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare):	
		Número de Medicare:	
		Tiene derecho a:	Fecha de vigencia:
		HOSPITAL (Parte A)	
		MÉDICO (Parte B)	
		Debe tener Medicare Parte A y Parte B para unirse a un plan Medicare Advantage.	

## Pago de la prima de su plan

**Si determinamos que debe una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), debemos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo o por transferencia de fondos electrónica todos los meses.**

**También puede optar por pagar la prima por débito automático de su cheque del beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) todos los meses. Si en su caso se determina un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, recibirá una notificación de la Administración de Seguridad Social. Usted será responsable de pagar este monto extra además de la prima de su plan. Se le retendrá el monto del cheque del beneficio del Seguro Social, o bien Medicare o la RRB se lo facturará directamente. NO pague la parte Parte D-IRMAA de Bright Health.**

**Puede pagar la prima de su plan mensual (incluidas todas las multas por inscripción tardía que tenga actualmente o deba) por correo o por transferencia de fondos electrónica todos los meses. También puede optar por pagar la prima por débito automático de su cheque del beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) todos los meses.**

**Si en su caso se determina un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, recibirá una notificación de la Administración de Seguridad Social. Usted será responsable de pagar este monto extra además de la prima de su plan. Se le retendrá el monto del cheque del beneficio del Seguro Social, o bien Medicare o la RRB se lo facturará directamente. NO pague la parte Parte D-IRMAA de Bright Health.**

Las personas con ingresos limitados podrían reunir los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar por los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los gastos de sus medicamentos, incluidas primas mensuales por medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Además, quienes reúnan los requisitos no estarán sujetos a un período sin cobertura o una multa por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos para acceder a estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda adicional, comuníquese con su 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 la Ayuda adicional en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional con sus gastos de cobertura para medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará toda la prima de su plan o parte de ella. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, nosotros le enviaremos una factura por 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 la prima:

Factura mensual

Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria todos los meses. Incluya un cheque ANULADO o brinde la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Número de ruta bancaria: \_\_\_\_\_ Número de cuenta bancaria: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta:  Cuenta corriente  Caja de ahorro

Débito automático de su cheque del beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB). Recibo beneficios mensuales de:  Seguro social  RRB

La deducción del Seguro social/RRB puede tardar dos meses o más en comenzar después de que el Seguro social o la RRB la aprueben. En la mayoría de los casos, si el Seguro social o la RRB acepta su solicitud de débito automático, la primera deducción del cheque del beneficio del Seguro social o la RRB incluirá todas las primas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones. Si el Seguro social o la RRB no aprueban su solicitud de débito automático, le enviaremos una factura en papel por sus primas mensuales.

### Lea y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Tiene enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD)?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, y se ha sometido a un trasplante renal exitoso y ya no necesita diálisis de manera regular, **adjunte la historia clínica o una nota** de su médico donde se indique que se ha sometido a un trasplante renal exitoso o que ya no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que debamos comunicarnos con usted para obtener más información.

2. ¿Tiene cobertura adicional (por ej., TRICARE, cobertura de beneficios de salud de empleados del gobierno federal, beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos, programas de asistencia farmacéutica estatales, etc.)?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, incluya información sobre esta otra cobertura e indique qué cubre:

Médica  Medicamentos con receta

Nombre de otro seguro: \_\_\_\_\_

Número de identificación del miembro: \_\_\_\_\_

Número de identificación de grupo: \_\_\_\_\_

3. ¿Reside en un centro de cuidados a largo plazo, como una residencia de ancianos?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, complete la siguiente información:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Dirección y número de teléfono de la institución (calle y número): \_\_\_\_\_

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

En caso de que sí, proporcione su número de Medicaid estatal

\_\_\_\_\_

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan?  Sí  No

## Médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP)

Indique el nombre de su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP):

Nombre

Apellido

¿Ya es paciente del proveedor que indicó?  Sí  No

Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en formato accesible:

- Español  Chino  Otro \_\_\_\_\_  
 Braille  Cinta de audio  Letra grande

Comuníquese con Bright Health al (844) 679-2029 si necesita información en un formato accesible o idioma diferente de los indicados arriba. Nuestros horarios de oficina son de 8 a. m. a 8 p. m. (horario local), los 7 días de la semana del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1.º de abril al 30 de septiembre (TTY: 711).

## ¡ATENCIÓN! Lea esta información importante

**Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o un sindicato, unirse a Bright Health podría afectar estos beneficios. Podría perder esta cobertura si se une a Bright Health.** Lea las comunicaciones que recibe de su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que figura en estas comunicaciones. Si no hay ningún tipo de información de contacto, el administrador de sus beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden servir de ayuda.

## Lea y firme a continuación

### Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Bright Health es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Debo conservar mi Medicare Parte A y Parte B. Solo puedo estar en un plan de Medicare Advantage al mismo tiempo, y entiendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informar sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda tener en el futuro.

Por lo general, la inscripción en este plan es durante todo el año. Luego de la inscripción, puedo abandonar este plan o realizar cambios solo en ciertos momentos del año, cuando hay periodos de inscripción disponibles (por ejemplo, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o en ciertas circunstancias.

Bright Health presta servicios en un área específica. Si me mudo del área donde Bright Health presta servicios, debo notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y encontrar otro plan en mi nueva zona. Una vez que soy miembro de Bright Health, tengo derecho a apelar decisiones del plan sobre pagos o servicios con los que no estoy de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de cobertura de Bright Health cuando lo reciba para saber qué reglas debo seguir para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas en Medicare generalmente no están cubiertas cuando están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.

Los servicios autorizados por Bright Health y otros servicios incluidos en mi documento de Evidencia de cobertura de Bright Health (también denominado contrato de miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI BRIGHT HEALTH PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que, si recibo asistencia de un representante de ventas, agente u otro individuo empleado por o bajo contrato en Bright Health, él o ella puede recibir una comisión si me inscribo en Bright Health.

Si solicita inscripción en un plan de HMO, se aplica la siguiente declaración: entiendo que, a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Bright Health, debo recibir toda mi atención de salud en proveedores participantes en Bright Health, excepto por servicios de emergencia o urgencia, o servicios de diálisis fuera del área de cobertura.

Si solicita inscripción en un plan de HMO-POS, se aplicará la siguiente declaración: entiendo que, a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Bright Health, el uso de servicios dentro de la red puede costar menos que el uso de servicios fuera de ella, excepto por servicios de emergencia o urgencia, o servicios de diálisis fuera del área de cobertura. Si es médicamente necesario, Bright Health puede reembolsarle ciertos servicios proporcionados por un proveedor fuera de la red.

Si solicita inscripción en un plan de PPO, se aplicará la siguiente declaración: entiendo que, a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Bright Health, el uso de servicios dentro de la red puede costar menos que el uso de servicios fuera de ella, excepto por servicios de emergencia o urgencia, o servicios de diálisis fuera del área de cobertura. Si es médicamente necesario, Bright Health ofrece reembolsos para todos los beneficios cubiertos, incluso si se prestaron fuera de la red.

**Divulgación de información:** Al unirse a este plan de salud de Medicare, reconozco que Bright Health divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para estos terceros con fines de tratamiento, pago y operaciones de salud, incluidas, entre otras, Medicare, otros planes, proveedores y el socio de atención de Bright Health. También reconozco que Bright Health divulgará mi información a Medicare, incluidos los datos de mis medicamentos recetados, y que Medicare puede divulgarlos con fines de investigación o de otro tipo que respeten normas y estatutos federales vigentes.

A mi leal saber y entender, la información en este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que, si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se cancelará mi inscripción en este plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi representación según las leyes del estado donde resido) en esta solicitud significa que la he leído y entiendo su contenido. Si la firma es de una persona autorizada (según lo descrito anteriormente), esa firma certifica que 1) esta persona tiene autorización según la ley estatal para completar esta inscripción, y 2) Medicare puede proporcionar la documentación de esta autoridad a pedido.

**Firma:**

**Fecha de hoy:**

Si usted es el representante autorizado, debe firmar abajo e incluir la siguiente información:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: ( \_\_\_ \_\_\_ ) \_\_\_ \_\_\_ - \_\_\_ \_\_\_

Relación con el inscrito: \_\_\_\_\_

Solo para uso de la oficina:	
Nombre del miembro del personal/representante/agente (si ha ayudado en la inscripción):	
Número de representante/agente:	
Número de ID del plan:	Fecha de vigencia de la cobertura:
ICEP/IEP: _____ AEP: _____ Tipo de SEP: _____ No reúne las condiciones: _____	

## Certificación de admisibilidad para un periodo de inscripción

**Por lo general, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage solo durante el periodo de inscripción anual, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.**

Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este periodo.

Lea con atención las siguientes declaraciones y marque las casillas si se aplican a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, reúne las condiciones para un periodo de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información no es correcta, podemos cancelar su suscripción.

- Es la primera vez que me inscribo en Medicare
- Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero cambiar durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage Open Enrollment Period (MA OEP).
- Acabo de mudarme fuera del área de servicio para mi plan actual, o me acabo de mudar y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Acabo de salir de la cárcel. Salí de la cárcel el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Acabo de regresar a los Estados Unidos luego de vivir de forma permanente fuera del país. Volví a los EE. UU. el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Acabo de obtener el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Acabo de realizar un cambio en mi Medicaid (acabo de inscribirme en Medicaid, realicé un cambio en mi nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de Medicaid) el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Acabo de realizar un cambio en mi Ayuda adicional para pagar por cobertura de medicamentos con receta de Medicare (hace poco empecé a recibir Ayuda adicional, realicé un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.

- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare), o recibo Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no realicé cambios.
- Me voy a mudar en, vivo en, o acabo de irme de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, una residencia de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me voy a mudar/me voy a ir del centro el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Abandoné un programa PACE hace poco, el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Acabo de perder mi cobertura de medicamentos con receta acreditable de forma no voluntaria (una cobertura similar a la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Dejaré de recibir cobertura de mi empleador o el sindicato el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacias que brinda mi estado.
- Mi plan finaliza su contrato con Medicare, o Medicare finaliza su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o mi estado lo estaba) y quiero elegir otro plan. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Estaba inscrito en un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero perdí las cualificaciones de necesidades especiales que se requieren para estar en él. Mi inscripción en el SNP finalizó el (insertar fecha) \_\_\_\_\_.
- Fui afectado por una emergencia relacionada con el clima o una catástrofe mayor (declarada por la Agencia Federal de Gestión de Emergencias, (FEMA)). Otra de las declaraciones se aplicaba a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso, o si no está seguro, comuníquese con Bright Health al (844) 679-2029 los usuarios de TTY deben comunicarse con (TTY: 711) para determinar si reúnen las condiciones para inscribirse. Estamos abiertos de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, o de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre.