

Formulario de inscripción de Medicare Advantage de Bright Health

Formulario de solicitud de inscripción individual para inscribirse en un Plan de Medicare Advantage (Parte C) o un Plan de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran unirse en un Plan de Medicare Advantage o un Plan de medicamentos recetados de Medicare

Para unirse a un plan, usted debe:

- Ser un ciudadano estadounidense o tener presencia legal en los Estados Unidos.
- Vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para unirse a un Plan de Medicare Advantage, debe tener los siguientes:

- Parte A de Medicare (Seguro hospitalario)
- Parte B de Medicare (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 tener cobertura a partir del 1 de enero).
- En un plazo de 3 meses a partir de obtener Medicare.
- En determinadas situaciones en las que tiene permitido unirse a o cambiar de plan.

Visite **Medicare.gov** para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en 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 en la Sección 1. Los puntos en la Sección 2 son opcionales; no se le puede denegar la cobertura por no completarlos.

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta en otoño (del 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 el pago mensual del plan. Puede elegir registrarse para que los pagos de su pago mensual se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario).

¿Qué sucederá después?

Envíe su formulario completado y firmado a:

Bright Health Medicare Advantage - Enrollment
P.O. Box 853958
Richardson, TX 75085-3958

Fax: **1-800-208-7647**

Una vez que procesen su solicitud de unirse, se comunicarán con usted.

¿Cómo recibo ayuda con este formulario?

Llame al plan de salud de Bright Health Advantage al **1-844-679-2030 (TTY: 711)**.

O 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 Bright Health Advantage Health Plan al **1-844-679-2030 (TTY: 711)** o a Medicare gratis al **1-800-633-4227** y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Formulario de inscripción de Medicare Advantage de Bright Health

Formulario de solicitud de inscripción individual para inscribirse en un Plan de Medicare Advantage (Parte C) o un Plan de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)

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

Seleccione el plan al que desea unirse:

Contrato	Nombre del plan	Tipo de plan	Pago mensual
<input type="checkbox"/> H4709-003	Bright Advantage Health Dollars	HMO	\$0
<input type="checkbox"/> H3281-003	Bright Advantage Choice	PPO	\$0
<input type="checkbox"/> H3281-010	Bright Advantage Part B Savings	PPO	\$0

Beneficios complementarios opcionales (OSB):

Seleccione los Beneficios complementarios opcionales que quisiera agregar:

Contrato	Paquete de beneficios opcional	Pago mensual
<input type="checkbox"/> H4709-003 Bright Advantage Health Dollars (HMO)	Cobertura dental integral 001	\$15
<input type="checkbox"/> H3281-010 Bright Advantage Part B Savings (PPO)	Cobertura dental integral 002	\$19
<input type="checkbox"/> H3281-010 Bright Advantage Part B Savings (PPO)	Cobertura de la vista integral 002	\$3.50

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

NOMBRE:	APELLIDO:	Inicial del segundo nombre (opcional):	
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): ___ / ___ / _____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono: _____ - _____ - _____	
Dirección de residencia permanente (no ingrese una casilla postal):			
Ciudad:	Condado (Opcional):	Estado:	Código postal:
Dirección de correspondencia (solo si es diferente a la dirección de residencia permanente) (se permite casilla postal):			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Su información de Medicare:			
Número de Medicare: _____ - _____ - _____			
Responda estas preguntas importantes:			
¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además del plan Bright Health Medicare Advantage? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre de otra cobertura:	Número de miembro para esta cobertura:	Número de grupo para esta cobertura:	

IMPORTANTE: Lea y firme abajo:

- Debo conservar la cobertura hospitalaria (Parte A) y médica (Parte B) para estar en un plan Medicare Advantage de Bright Health.
- Al unirme a este Plan de Medicare Advantage o un Plan de medicamentos recetados de Medicare, reconozco que el plan de Medicare Advantage de Bright Health compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para hacer pagos y para otros propósitos permitidos por la ley federal que autoriza la recolección de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad abajo).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder podría afectar la inscripción en el plan.
- 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, terminará mi inscripción en este plan.
- Entiendo que las personas en Medicare generalmente no tienen cobertura de Medicare cuando están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
- Entiendo que, cuando empiece mi cobertura del plan de Medicare Advantage de Bright Health, debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados del plan Medicare Advantage de Bright Health. Los beneficios y servicios proporcionados por el plan de Medicare Advantage de Bright Health, e incluidos en la “Evidencia de cobertura” de mi plan Medicare Advantage de Bright Health (también conocido como contrato con el miembro o acuerdo del suscriptor), estarán cubiertos. Ni Medicare ni el plan de Medicare Advantage de Bright Health pagarán por beneficios o servicios que no están cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que la he leído y entiendo su contenido. Si firma un representante autorizado (como se describe arriba), la firma certifica que:
 1. Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción; y
 2. La documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de parte de Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ - _____ - _____

Relación con la persona inscrita: _____

Solo para uso de la oficina:

Nombre del miembro del personal/agente (si ayudó en la inscripción): _____

Agente NPN: _____

N.º de Id. del plan: _____ Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____

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

Fecha de recepción del agente: _____

Sección 2. Todos los campos en esta página son opcionales.

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede denegar la cobertura por no completarlos.

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

Español Chino Otro

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

Braille Letra grande CD de audio

Comuníquese con el plan de Medicare Advantage de Bright Health al **1-844-679-2030**, si necesita información en un formato accesible diferente a los de arriba. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, excepto los días festivos federales. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.

¿Trabaja usted? Sí No ¿Trabaja su cónyuge? Sí No

Indique su médico de cabecera (proveedor de atención primaria o PCP), clínica o centro de salud:

Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o más.

Deseo recibir materiales del plan de manera electrónica cuando estén disponibles. Entiendo que puedo solicitar una copia en papel en cualquier momento.

Dirección de correo electrónico: _____

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recolectan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción del beneficiario en Planes de Medicare Advantage (MA) o Planes de medicamentos recetados (Prescription Drug Plans, PDP), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social, y el título 42, secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del CFR autorizan la recolección de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN), "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)" (Medicamentos recetados de Medicare Advantage [MARx]), n.º de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder podría afectar la inscripción en el plan.

Sección 2 (Continuación). Todos los campos en esta página son opcionales.

Pagar sus pagos mensuales del plan

Puede pagar el pago mensual de su plan (incluidas todas las multas por inscripción tardía que tenga o deba actualmente) por correo o por transferencia de fondos electrónica (Electronic Funds Transfer, EFT) todos los meses.

También puede elegir que su pago mensual se deduzca automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) todos los meses.

Si tiene que pagar un Monto de ajuste relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D, debe pagar este monto extra además de su pago mensual del plan. Generalmente, este monto se deduce de su beneficio del Seguro Social, o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague el IRMAA de la Parte D a Bright Health.

Seleccione una opción de pago del pago mensual

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 ahorros

Débito automático de su cheque mensual del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (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 todos los pagos mensuales desde la fecha de entrada en 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 pagos mensuales.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeles de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo de revisar las instrucciones, buscar recursos de información existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recolección de información. Si tiene algún comentario o sugerencia 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 ninguna parte de su información personal (como reclamos, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de eliminación de informes de PRA (PRA Reports Clearance Office). Cualquier artículo que recibamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o la carga de la recolección (descrita en OMB 0938-1378) se destruirá.

No se lo conservará, revisará, ni será enviado al plan. Consulte la sección "¿Qué sucede después?" para enviar su formulario completado al plan.