

# 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](https://www.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:

<b>Contrato</b>	<b>Nombre del plan</b>	<b>Tipo de plan</b>	<b>Pago mensual</b>
<input type="checkbox"/> H2288-010	Bright Advantage Senior Savings Assist	HMO C-SNP	\$33.90*
<input type="checkbox"/> H2288-009	Bright Advantage Senior Savings	HMO C-SNP	\$0

\*El pago mensual puede variar según el nivel de Medicaid. Para las personas con subsidio del 100%, el pago mensual médico será de \$0. Si usted recibe "Ayuda Adicional", también conocida como LIS (Subsidio por bajos ingresos), podría calificar para asistencia con su pago mensual del plan.

**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:	
<b>Su información de Medicare:</b>			
Número de Medicare: ____ - ____ - _____			
<b>Responda estas preguntas importantes:</b>			
¿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:	
<p>Para calificar para un Plan de Necesidades Especiales para Condiciones Crónicas, usted debe tener una o más de las siguientes condiciones crónicas:</p> <p>¿Le han diagnosticado una de los siguientes? Marque todo lo que corresponda.</p> <p><input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular (CVD) (debe ser arritmia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias, enfermedad vascular periférica o trastorno tromboembólico venoso crónico)</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (DM)</p> <p>Complete también la Herramienta de Evaluación de Calificación para la Preinscripción (Pre-Enrollment Qualification Assessment Tool, PQAT) incluida con este formulario antes de enviar su solicitud. La PQAT debe enviarse con el formulario de inscripción.</p>			

**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.

# Herramienta de Evaluación de Calificación para la Preinscripción de Bright Health



## Importante: Completar si se inscribe en un Plan de Necesidades Especiales para Condiciones Crónicas

Bright Advantage Senior Savings (HMO C-SNP) y Bright Advantage Senior Savings Assist (HMO C-SNP) son Planes de Necesidades Especiales (Special Needs Plans, SNP) para personas con diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva y ciertos trastornos cardiovasculares. Para inscribirse en estos planes, Medicare requiere que Bright Health verifique su condición crónica. Este es un proceso de dos pasos:

### Paso uno

Complete este formulario y devuélvanoslo con su solicitud de inscripción completada. Si puede responder “sí” a al menos una de las preguntas de enfermedad crónica, puede precalificar para la inscripción en un SNP para Condiciones crónicas de Bright Health (Chronic Condition SNP, C-SNP).

### Paso dos

Bright Health debe verificar su condición crónica dentro de los 30 días de su inscripción.

**Nota:** Si no podemos verificar su condición crónica, debemos terminar su inscripción en el C-SNP. Por eso es importante que nos dé información de contacto de un médico o clínica que pueda verificar su condición (consulte la página 3 de este formulario).

Información del solicitante		
APELLIDO:	NOMBRE:	Inicial del segundo nombre (opcional):
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): ___ / ___ / _____	Número de Medicare: _____ - _____ - _____	
Número de teléfono: _____ - _____ - _____	Número de teléfono alternativo (celular): _____ - _____ - _____	
<input type="checkbox"/> Al marcar esta casilla, usted autoriza a Bright Health y a sus afiliados a enviarle mensajes de texto con información relacionada con su plan de salud.		
Dirección de correo electrónico: _____		
<input type="checkbox"/> Al marcar esta casilla, usted autoriza a Bright Health y a sus afiliados a enviarle información relacionada con su plan de salud por correo electrónico.		

## Preguntas sobre condiciones crónicas

### Diabetes Mellitus (DM) (Nota: Un diagnóstico de prediabetes no califica para este plan)

1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene diabetes?  Sí  No
2. ¿Toma usted o su médico le ha recetado insulina u otro medicamento para el tratamiento de la diabetes?  Sí  No
3. ¿Su médico o un dietista registrado le han dado una dieta especial para tratar su diabetes?  Sí  No

### Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)

1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)?  Sí  No
2. ¿Toma medicamentos para prevenir la acumulación de líquido en los pulmones o ha tenido problemas con el líquido en los pulmones o hinchazón en las piernas, acompañado de dificultad para respirar, debido a un problema cardíaco?  Sí  No
3. Durante los últimos 12 meses, ¿ha recibido asesoría o educación de un profesional de la salud sobre el pesaje diario para monitorear un problema cardíaco?  Sí  No

### Enfermedad cardiovascular (CVD)

1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene alguno de los siguientes?
  - a. Arritmia cardíaca (problemas del ritmo cardíaco, como fibrilación auricular (“AFib”) o latidos cardíacos rápidos o irregulares)  Sí  No
  - b. Enfermedad de las arterias coronarias (enfermedad cardíaca)  Sí  No
  - c. Coágulos sanguíneos o problemas de circulación sanguínea en las piernas (enfermedad vascular periférica)  Sí  No
  - d. Trastorno tromboembólico venoso crónico (coágulos sanguíneos en las venas)  Sí  No
2. ¿Alguna vez ha tenido un derrame cerebral?  Sí  No
3. ¿Alguna vez ha tenido un ataque al corazón o una colocación de stent?  Sí  No



**Proveedores de atención médica que pueden verificar su condición crónica**

<b>Proveedor n.º 1</b>	<b>Proveedor n.º 2</b>
Nombre del proveedor:	Nombre del proveedor:
Número de teléfono del proveedor: ____ - ____ - _____	Número de teléfono del proveedor: ____ - ____ - _____
Número de fax del proveedor: ____ - ____ - _____	Número de fax del proveedor: ____ - ____ - _____
Ubicación de la clínica:	Ubicación de la clínica:

**Autorización para el uso y la divulgación de información de salud para verificar las condiciones crónicas con fines de elegibilidad para el plan de salud**

Autorizo a los proveedores mencionados anteriormente a divulgar mi información de salud a Bright Health para verificar que he sido diagnosticado con una condición crónica que me califica para la inscripción en un Plan de Necesidades Especiales para Condiciones Crónicas de Bright Health. Esta autorización se aplica a toda la información de salud mantenida por el proveedor con respecto a mi historial médico para las condiciones crónicas indicadas arriba.

**Nota:** Completar este documento autoriza la divulgación o el uso de información de salud identificable individualmente, como se establece anteriormente, de conformidad con las leyes estatales y federales relativas a la privacidad de dicha información.

Nombre del solicitante (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del solicitante/representante autorizado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Para ser completado por el proveedor o representante del proveedor**

**Certificación del proveedor**

Con el fin de confirmar la elegibilidad para inscribirse en un Plan de Necesidades Especiales para Condiciones Crónicas, por la presente certifico que el Solicitante identificado arriba tiene las siguientes condiciones de salud:

- Diabetes Mellitus (DM) (prediabetes excluida)  Sí  No
- Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)  Sí  No
- Enfermedad cardiovascular (especifique la CVD):
  - Arritmia cardíaca  Sí  No
  - Enfermedad de las arterias coronarias  Sí  No
  - Enfermedad vascular periférica  Sí  No
  - Trastorno tromboembólico venoso crónico  Sí  No

Nombre del proveedor (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del proveedor o el representante del proveedor: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Por favor, devuelva este formulario a Bright Health dentro de los tres (3) días laborales a partir de la recepción.**

**Por fax:**

**1-800-208-7647**

ATTN: Bright Health Medicare Advantage – Enrollment

**Por correo postal:**

Bright Health Medicare Advantage – Enrollment

P.O. Box 853958

Richardson, TX 75085 - 3958

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame al **1-844-223-8380**, 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.