

## Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión con respecto a la inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y normas. Si tiene preguntas, puede llamar y hablar con un representante de atención al cliente al 1-844-926-4520, TTY 711.

### Comprender los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC), especialmente para los servicios para los que ve regularmente a un médico. Visite [Es.brighthealthcare.com/medicare](https://www.brighthealthcare.com/medicare) o llame al 1-844-926-4520, TTY 711 para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos que ve ahora están en la red. Si no aparecen en la lista, significa que tendrá que seleccionar un médico nuevo.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no está incluida, probablemente tendrá que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.

### Comprender las normas importantes

- Además del pago mensual de su plan, debe seguir haciendo su pago mensual de la Parte B de Medicare. Generalmente, este pago mensual se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- Los beneficios, los pagos mensuales o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2022.
- Salvo en situaciones de emergencia o urgencias, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no se encuentran en la lista en el directorio de proveedores).
- Este plan es un plan de necesidades especiales para condiciones crónicas (chronic condition special needs plan, CSNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted tiene una condición crónica grave o incapacitante específica que califique.

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

### 1. ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran unirse en un Plan Medicare Advantage.

#### 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 Medicare Advantage, debe tener los siguientes:

- Parte A de Medicare (Seguro hospitalario).
- Parte B de Medicare (Seguro médico).

### 2. ¿Cuándo uso este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre 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.

### 3. ¿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.

### 4. 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).

### 5. ¿Qué sucederá después?

Envíe su formulario completado y firmado a:  
Bright HealthCare Medicare Advantage - Enrollment  
P.O. Box 1731  
Portland, ME 04104  
FAX: 1-877-346-0321

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

### 6. ¿Cómo recibo ayuda con este formulario?

Llame al plan de salud de Bright HealthCare Advantage al 1-844-926-4521. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. El Departamento de Servicio a Miembros está disponible de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm, y los 7 días de la semana de 8 am a 8 pm del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto los feriados federales.

O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**En español:** Llame a Bright HealthCare Advantage Health Plan al 1-844-926-4520, TTY 711 (o a Medicare gratis al 1-800-633-4227, 24 horas al día/7 días a la semana) y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Bright HealthCare está disponible de lunes a viernes de 8 am – 8 pm y los 7 días de la semana de 8 am – 8 pm del 1 de octubre al 31 de marzo, excluyendo feriados federales.

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

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura propuesta:

**Seleccione el plan al que desea unirse:**

**Bright Advantage Embrace Assist Plan (HMO C-SNP) H4853-020**

Condados de Maricopa y Pima  
\$0 por mes\*

\*Su pago mensual puede ser mayor si no está recibiendo Ayuda adicional.

**Bright Advantage Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) H4853-017**

Condados de Maricopa y Pima  
\$0 por mes\*

\*Su pago mensual puede ser mayor si no está recibiendo Ayuda adicional.

**Bright Advantage Embrace Care Plan (HMO C-SNP) H4853-016**

Condados de Maricopa y Pima  
\$0 por mes

**Bright Advantage Harmony Choice Plan (HMO C-SNP) H4853-018**

Condados de Maricopa y Pima  
\$0 por mes\*

\*Su pago mensual puede ser mayor si no está recibiendo Ayuda adicional .

**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 Medicare Advantage de Bright HealthCare?  Sí  No

Nombre de la otra cobertura:	Número de miembro para esta cobertura:	Número de grupo para esta cobertura:
------------------------------	--	--------------------------------------

Para calificar para un Plan de Necesidades Especiales para Condiciones Crónicas (C-SNP) de Bright Advantage Embrace, usted debe tener una o más de las siguientes condiciones crónicas:

¿Le han diagnosticado una de las siguientes? Marque todo lo que corresponda.

- Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)  Enfermedad cardiovascular (ECV)  Diabetes mellitus (DM)

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 su formulario de inscripción.

Para calificar para Bright Advantage Harmony Choice Plan (HMO C-SNP), usted debe tener una o más de las siguientes condiciones de salud mental crónicas:

¿Le han diagnosticado una de las siguientes? Marque todo lo que corresponda.

- Depresión mayor  Trastorno bipolar  Esquizofrenia  
 Trastorno esquizoafectivo  Trastorno paranoide

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 su formulario de inscripción.

## 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 HealthCare.
- 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 HealthCare 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 HealthCare, debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados del plan Medicare Advantage de Bright HealthCare. Los beneficios y servicios proporcionados por el plan de Medicare Advantage de Bright HealthCare, e incluidos en la "Evidencia de Cobertura" de mi plan Medicare Advantage de Bright HealthCare (también conocido como contrato con el miembro o acuerdo del suscriptor), estarán cubiertos. Ni Medicare ni el plan de Medicare Advantage de Bright HealthCare 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.

**Signature:**

**Today's Date:**

If you're the authorized representative, sign above and fill out these fields:

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Relationship to Enrollee: \_\_\_\_\_

## Office Use Only:

Name of staff member/broker (if assisted in enrollment): \_\_\_\_\_

Agent NPN: \_\_\_\_\_

Plan ID#: \_\_\_\_\_ Effective Date of Coverage: \_\_\_\_\_

ICEP/IEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ SEP (type): \_\_\_\_\_ Not Eligible: \_\_\_\_\_

Broker received date: \_\_\_\_\_

## 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     Vietnamita     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 HealthCare al **1-844-926-4520**, si necesita información en un formato accesible diferente a los de arriba. Nuestro horario de atención es de 8 am a 8 pm, hora local, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; de 8 am a 8 pm, 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.

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 a Bright HealthCare el IRMAA de la Parte D.

### Seleccione una opción de pago del pago mensual

- Factura mensual**
- La transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria cada mes.**  
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 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 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.

## Documento la: Información para incluir en o con el Mecanismo de inscripción - Certificación de elegibilidad para un Período de inscripción

Mencionado en la sección: 30.4

(Rev. 2, Emitido: 25 de agosto de 2020; Fecha de entrada en vigencia/Implementación: 01-01-2021)

**Por lo general, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage solo 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 de Medicare Advantage fuera de este período.

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

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de inscripción abierto de Medicare Advantage (MA OEP).
- Me mudé recientemente al área de servicio para mi plan actual, o me mudé recientemente y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (insertar fecha) \_\_\_\_\_
- Recientemente fui liberado de la cárcel. Fui liberado 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) \_\_\_\_\_
- Recientemente tuve 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) \_\_\_\_\_
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda adicional para pagar por la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (hace poco empecé a recibir Ayuda adicional, tuve 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 recetados de Medicare, pero no realicé cambios.



- Me voy a mudar a, 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) \_\_\_\_\_
- Recientemente abandoné un programa PACE, el (insertar fecha) \_\_\_\_\_
- Recientemente perdí de forma involuntaria mi cobertura de medicamentos recetados acreditable (cobertura tan buena como 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 farmacéutica que brinda mi estado.
- Mi plan está finalizando su contrato con Medicare, o Medicare está finalizando su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir otro plan. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha) \_\_\_\_\_
- Estoy inscrito en un plan que fue declarado en quiebra.
- Estoy inscrito en un plan que ha sido identificado por los CMS como un plan con un mal rendimiento constante.
- Tengo otras circunstancias atenuantes.
- Estaba inscrito en un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero perdí los requisitos de necesidades especiales que se requieren para estar en él. Se terminó mi inscripción en el SNP el (insertar fecha) \_\_\_\_\_
- Fui afectado por una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA]) o por una entidad gubernamental, estatal o local. Una de las otras declaraciones se aplicaba a mi caso, pero no pude hacer la solicitud de inscripción debido al desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso, o si no está seguro, comuníquese con Bright HealthCare al 1-844-926-4520 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para determinar si es elegible para inscribirse. Nuestro horario es de 8:00 am a 8:00 pm, hora local, 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; de 8:00 am a 8:00 pm, hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre, excepto los feriados federales.

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

## **IMPORTANTE: Completar si se inscribe en el Plan de Necesidades Especiales para Condiciones Crónicas Bright Advantage Harmony Choice**

El plan Bright Advantage Harmony Choice Plan es un Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) para personas con ciertas afecciones crónicas de salud mental. Para inscribirse en este plan, Medicare requiere que Bright HealthCare 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 HealthCare (Chronic Condition SNP, C-SNP).

### **Paso dos**

Bright HealthCare debe verificar su condición crónica dentro de un mes a partir 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 HealthCare 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 HealthCare y a sus afiliados a enviarle información relacionada con su plan de salud por correo electrónico.		

## Preguntas sobre condiciones crónicas

¿Alguna vez le ha dicho algún médico que tiene alguna de las siguientes enfermedades?  
Marque todo lo que corresponda.

- Depresión mayor
- Trastorno bipolar
- Esquizofrenia
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno paranoide

¿Está tomando o ha tomado medicamentos para una de las enfermedades que se enumeran arriba?

Sí     No

¿Qué medicamento está tomando? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Proveedor n.º 1 (médico primario)	Proveedor n.º 2 (psiquiatra)
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 HealthCare 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 HealthCare. 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:

- Trastorno depresivo mayor  Sí  No
- Trastorno bipolar  Sí  No
- Esquizofrenia  Sí  No
- Trastorno esquizoafectivo  Sí  No
- Trastorno paranoide  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 HealthCare dentro de tres (3) días laborales a partir de la recepción.**

#### Por fax:

**1-877-346-0321**

ATTN: Bright HealthCare Medicare Advantage – Enrollment

#### Por correo:

Bright HealthCare Medicare Advantage – Enrollment

P.O. Box 1731

Portland, ME 04104

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame al **1-844-926-4522**, de 8 am a 8 pm, hora local, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; de 8 am a 8 pm, hora local, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, excepto los feriados federales.