



COMMUNITY HEALTH PLAN
of Washington™

The power of community

MEDICARE ADVANTAGE



Formulario de cambio de plan

Si necesita información en otro idioma o formato (braille o letra grande), comuníquese con Please contact Community Health Plan of Washington (CHPW).

Para inscribirse en Medicare Advantage (MA) de Community Health Plan of Washington (CHPW), proporcione la siguiente información

Marque la casilla del plan en el que desea inscribirse:	Primas mensuales para 2022:
<input type="checkbox"/> Plan 1 de MA de CHPW (HMO).....	\$0.00 por mes
<input type="checkbox"/> Plan 2 de MA de CHPW (HMO).....	\$40.50 por mes
<input type="checkbox"/> Plan 3 de MA de CHPW (HMO).....	\$68.00 por mes
<input type="checkbox"/> Plan 4 de MA de CHPW (HMO).....	\$94.00 por mes
<input type="checkbox"/> Plan de MA de CHPW No RX (HMO).....	\$0.00 por mes
<input type="checkbox"/> Plan Dual de MA de CHPW (HMO SNP).....	\$0.00 por mes*

**La tarifa de la prima depende del nivel de elegibilidad para Medicaid de su estado.*

Nombre del médico de cabecera (PCP), centro de salud o clínica elegida (opcional):

Apellido, nombre, inicial del segundo nombre:	Número de miembro:	Fecha de nacimiento:
---	--------------------	----------------------

Dirección de residencia permanente (no se admite el apartado de correos)

Ciudad y estado:	Condado:	Código postal:	Número de teléfono particular:
------------------	----------	----------------	--------------------------------

Dirección de correo postal (solo si es diferente de la dirección de residencia permanente)

Dirección:	Ciudad/Estado:	Código postal:
------------	----------------	----------------

Complete la siguiente información:

Actualmente soy miembro del plan _____ en CHPW Medicare Advantage con una prima mensual de \$ _____.

Me gustaría cambiarme al plan _____ en CHPW Medicare Advantage con una prima mensual de \$ _____.

Marque una casilla si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea inglés o en otro formato accesible:

Español Braille Letra grande

Contáctenos al 1-800-942-0247 si necesita información en formato accesible o en un idioma diferente al mencionado arriba. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Su prima del plan

Usted puede pagar la prima mensual del plan (incluso la multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que adeude) todos los meses por correo o transferencia electrónica de fondos (EFT). También puede pagar la prima todos los meses mediante deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) o de su tarjeta de crédito.

Si a usted se le adjudica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D (IRMAA), será notificado por la Administración de Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. A usted se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social, o bien recibirá la factura directamente de Medicare o la RRB. NO pague a Medicare Advantage (MA) de Community Health Plan of Washington (CHPW) el IRMAA de la Parte D.

Es posible que las personas con ingresos limitados cumplan con los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos recetados. Si resulta elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de los medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no quedarán sujetas a la etapa del período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos beneficios y no lo saben. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, póngase en contacto con la oficina local del Seguro Social, o bien llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar ayuda adicional en línea en [socialsecurity.gov/prescriptionhelp](https://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si reúne los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una parte de la prima, le enviaremos a usted la factura por el monto que Medicare no cubra. Si no elige una opción de pago, todos los meses recibirá una factura.

Elija una opción de pago de prima:

- Pago mensual con cheque personal tras recibir una factura.**
- Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria todos los meses**
Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta:

Número de ruta del banco: _____ Número de cuenta del banco: _____

Tipo de cuenta: **Corriente** **Caja de ahorros**

- Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).**

Recibo beneficios mensuales de: **Seguro Social** **RRB**

(La deducción del Seguro Social puede demorarse hasta dos meses o más en comenzar luego de que el Seguro social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, el primer descuento del cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel por sus primas mensuales).

- Pago en línea con su tarjeta de crédito o débito.** Pagaré mi prima mensual del plan directamente a través de E-Bill Express, una herramienta de pago en línea. Cuando sea miembro, me inscribiré en E-Bill Express para hacer pagos únicos o configurar pagos periódicos automáticos de mi tarjeta de crédito o débito. Para obtener más información o para inscribirse en esta opción de pagos, ingrese a nuestro sitio web en: [medicare.chpw.org/member-center/member-self-service/pay-your-bills/](https://www.medicare.chpw.org/member-center/member-self-service/pay-your-bills/).

ATENCIÓN Lea esta información importante y firme debajo

Community Health Plan of Washington (CHPW) Medicare Advantage tiene un contrato con el gobierno federal. Comprendo que si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por CHPW, esta persona puede recibir un pago en función de mi inscripción en el plan CHPW Medicare Advantage.

Divulgación de información:

Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que el plan de salud de Medicare puede divulgar mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para cualquier tratamiento, pago u operación relacionada con la atención médica. También reconozco que Community Health Plan of Washington Medicare Advantage divulgará mi información a Medicare, que puede divulgarla con fines de investigación o para otros fines que estén de acuerdo con todas las leyes y reglamentaciones federales aplicables. A mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que si proporciono información falsa en este formulario de forma intencional, se cancelará mi inscripción en el plan. Comprendo que las personas que tienen Medicare no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, salvo por la cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Comprendo que, a partir de la fecha en que comienza la cobertura de CHPW Medicare Advantage, debo recibir toda la atención médica de parte de ellos, excepto por los servicios de emergencia o urgencia o por los servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por CHPW Medicare Advantage y otros servicios incluidos en el documento de Evidencia de cobertura (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) de mi plan estarán cubiertos. Si no cuenta con autorización, NI MEDICARE NI CHPW MEDICARE ADVANTAGE PAGARÁN LOS SERVICIOS.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud indica que he leído y comprendido el contenido de este plan. Si una persona autorizada (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica lo siguiente: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para realizar esta inscripción y 2) la documentación de esta autorización estará disponible en caso de que Medicare la requiera.

Firma:	Fecha de hoy:
--------	---------------

Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____ Dirección: _____

Número de teléfono: (____) _____ - _____ Relación con la persona inscrita: _____

Solo para uso en la oficina:

Nombre del miembro del personal, agente, corredor (si necesitó ayuda para inscribirse):	N.º de ID del agente:
Fecha de recepción: _____	Fecha de vigencia: _____
ICEP/IEP _____	AEP _____ SEP (tipo) _____ No elegible _____