



Formulario de cambio de plan

Comuníquese con Community Health Plan of Washington (CHPW) si necesita información en otro idioma o formato (Braille o letra grande).

Para inscribirse en Medicare Advantage (MA) de CHPW, proporcione la siguiente información

Marque la casilla del plan en el que desea inscribirse:

- Plan Dual Complete de CHPW (HMO D-SNP)\$0.00*** por mes ** La tarifa de la prima depende del nivel de elegibilidad para Medicaid de su estado.*
- Plan Dual Select de CHPW (HMO D-SNP).....\$0-\$26.20*** por mes
- CHPW MA Plan 2 (HMO).....\$23.10** por mes
- Plan 4 de MA de CHPW (HMO).....\$107.00** por mes
- Plan Freedom de MA de CHPW (HMO)..... \$0.00** por mes

Enumere su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud *(opcional)*:

Apellido:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Número del miembro	Fecha de nacimiento <i>(MM/DD/AAAA)</i> :	Número de teléfono:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección de residencia permanente *(No se admiten casillas de correo)*

Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección de correo postal: *(Solo si es diferente de la dirección de residencia permanente)*

Según la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona tendrá la obligación de responder a un instrumento de recopilación de información que no exhiba un número de control vigente emitido por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-NEW. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es de un promedio de 20 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la exactitud de los tiempos estimados 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 ningún elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Liquidación de Informes de la Ley de Reducción de Trámites (PRA). Cualquier elemento que recibamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o su carga de cobro (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se guardará, revisará ni enviará al plan.

Por favor complete lo siguiente:

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

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

Todos los campos de esta sección son opcionales. Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura por no participar.

¿Tiene origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No, no tengo origen hispano, latino ni español | <input type="checkbox"/> Sí, tengo origen mexicano, mexicoamericano, chicano |
| <input type="checkbox"/> Sí, tengo origen puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Sí, tengo origen cubano |
| <input type="checkbox"/> Sí, tengo otro origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nativa de Estados Unidos o Alaska | <input type="checkbox"/> Guameña o chamorra | <input type="checkbox"/> Otra raza isleña del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Indígena asiática | <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái | <input type="checkbox"/> Blanca |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Otra raza asiática | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

¿Cuál es su género? Seleccione uno.

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Utilizo un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> No binario | |

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor cómo se considera? Seleccione uno.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay | <input type="checkbox"/> Utilizo un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Heterosexual, es decir, ni gay ni lesbiana | <input type="checkbox"/> No sé |
| <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

Seleccione uno si desea que le enviemos información en un idioma que no sea español: **Inglés**

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

Braille **Tamaño grande**

Comuníquese con Community Health Plan of Washington Medicare Advantage al 1-800-942-0247 si necesita información en un formato accesible distinto que no esté listado arriba. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. TTY users can call 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 optar por pagar su prima mediante deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) o tarjeta de crédito cada mes.

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 reúne los requisitos, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus 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 supeditadas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos para obtener estos descuentos 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 www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help.

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 para este beneficio. 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) mensual desde su cuenta bancaria. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta:

Número de ruta bancaria:

Número de cuenta bancaria:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Tipo de cuenta: Corriente De ahorros

- Deducción automática del cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la RRB.

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(La deducción automática puede demorarse hasta dos meses o más en comenzar luego de que el Seguro Social o la RRB la apruebe. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción 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 para 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. Una vez que 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

¡ATENCIÓN! Lea esta información importante y firme debajo

Medicare Advantage de Community Health Plan of Washington (CHPW) 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 Medicare Advantage de CHPW.

Divulgación de información:

Al inscribirme en este plan de Medicare, reconozco que el plan de Medicare puede divulgar mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para cualquier tratamiento, pago o atención médica. También reconozco que Medicare Advantage de Community Health Plan of Washington divulgará mi información a Medicare, incluidos los datos sobre acontecimientos relacionados con medicamentos con receta, y que Medicare 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 Medicare Advantage de CHPW, 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 Medicare Advantage de CHPW 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. Sin autorización, NI MEDICARE NI MEDICARE ADVANTAGE DE CHPW PAGARÁN ESTOS 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 comprendo el contenido de este plan. Si la firma una persona autorizada (como se describe arriba), esta firma certifica lo siguiente: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y 2) la documentación de esta autoridad está disponible en caso de que Medicare la requiera.

Firma:

Fecha de hoy (MM/DD/AAAA):

--	--

Solo para las personas que ayudan a la persona inscrita a completar este formulario: Complete esta sección si usted es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores de SHIP, familiares u otros terceros) que ayuda a una persona inscrita a completar este formulario.

Nombre: _____ Firma: _____

Relación con la persona inscrita: _____

Número Nacional de Productor (solo Agentes/Corredores): _____

Solo para uso de la oficina:

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

Identificación del agente:

--	--

Fecha de recepción:

Fecha de entrada en vigencia:

--	--	--

ICEP/IEP AEP MA OEP SEP (Tipo de lista):

No elegible

Identificación de ProviderOne: