



¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que desean inscribirse en un Plan Medicare Advantage

Para inscribirse en un plan, debe:

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

Importante: Para inscribirse en un Plan Medicare Advantage, también debe tener ambos:

- Medicare Parte A (Seguro Hospitalario)
- Medicare Parte B (Seguro Médico)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido el Medicare
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de planes

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para conocer más sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número de su credencial roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debe completar todos los puntos de las Secciones A, B, E, y G. Las siguientes son opcionales: Secciones C, D, F y H - no se le puede negar la cobertura por no completarlas.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (15 de octubre - 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de las primas sean deducidas de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual de Seguro Social (o Junta de Jubilación del Personal Ferroviario).

¿Qué sucede a continuación?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Experience Health

P.O. Box 17509

Winston-Salem, NC 27116-7509

Una vez que procesemos su solicitud de adhesión, nos pondremos en contacto con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Experience Health Medicare Advantage (HMO) al 1-833-905-1298. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O bien, 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 Experience Health Medicare Advantage (HMO) al 1-833-905-1298/ 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 individual 2022 para Experience Health Medicare AdvantageSM (HMO)

A Para inscribirse en el plan Experience Health Medicare Advantage (HMO) \$0.00 por mes, por favor, proporcione la siguiente información:

Por favor, saque su credencial roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

Por favor, tenga en cuenta que: Para inscribirse en un Plan Medicare Advantage debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare.

Su nombre completo (tal como aparece en su credencial de Medicare):

Número de Medicare:

Fecha de inicio de cobertura Hospitalaria (Parte A) (mm/dd/aaaa):

Fecha de inicio de cobertura Médica (Parte B) (mm/dd/aaaa):

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):

/ /

Sexo: Hombre Mujer

Número de teléfono principal:

-

Número de teléfono alternativo: (opcional)

-

Dirección de correo electrónico: (opcional)

Dirección de la residencia permanente: (No se aceptan apartados de correo)

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Dirección postal: (solo si es diferente de su dirección de residencia permanente; se aceptan apartados de correo)

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Contacto de emergencia:

Relación con usted:

Número de teléfono:

 - -

B Por favor, verifique el país de su residencia permanente:

(H3777-001-002)

Durham

Person

(H3777-001-003)

Granville

Orange

Lee

Vance

(H3777-001-004)

Franklin

Wake

C Por favor, díganos el nombre de su proveedor de atención primaria (PCP):

Quién es su Proveedor de Atención Primaria:

Nombre del consultorio:

Dirección del consultorio:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

NPI: (Número de identificador de proveedor nacional)

Soy un:

Paciente actual

Paciente nuevo

**Para encontrar un número de NPI, ingrese a nuestro sitio web
Directorio de Proveedores en: [ExperienceHealthNC.com](https://www.experiencehealthnc.com)**

Por favor, tenga en cuenta que: Si usted no nos informa su PCP, nos pondremos en contacto para encontrarle uno.

D Cómo pagar la prima de su plan:

Experience Health Medicare Advantage (HMO) es un plan con prima mensual \$0.00. Sin embargo, si Medicare determina que usted tiene una Penalidad por Inscripción Tardía (LEP), usted debe pagarla para continuar con su cobertura Experience Health Medicare Advantage (HMO). Por favor, elija cómo le gustaría pagar, en caso de tener una LEP:

Por favor, seleccione una opción de pago:

- Recibir una factura por correo cada mes
- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social
- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios de la Junta de Jubilación del Personal Ferroviario (RRB)

Por favor, tenga en cuenta que: La deducción del Seguro Social/RRB a menudo tarda dos o más meses en comenzar, incluso después de que el Seguro Social o RRB aprueba la deducción. Le mandaremos una factura por correo para el pago hasta que comience la deducción.

Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.

Si tiene que pagar un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso de la Parte D (Parte D-IRMAA), deberá pagar este monto adicional además de su prima de Medicare. El monto generalmente se descuenta de su beneficio del Seguro Social o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB).

NO pague a Experience Health la Parte D-IRMAA.

Se encuentran disponibles programas de asistencia financiera para afiliados con ingresos limitados. Para conocer

E Coordinación con otra cobertura de atención médica:

- Sí
- No
1. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta, incluyendo otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para Empleados Federales, beneficios de VA o programas estatales de beneficios farmacéuticos además de Experience Health Medicare Advantage (HMO)? Si su respuesta es "sí", por favor, indique su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación (ID) para esta cobertura.
- Nombre de la otra cobertura:

ID # para esta cobertura:

Grupo # para esta cobertura:

- Sí
- No
2. ¿Está inscrito en el programa de Medicaid del estado de Carolina del Norte? Si su respuesta es "sí", por favor, proporcione su número de Medicaid.

Número de Medicaid:



Si actualmente tiene cobertura médica de un empleador o sindicato, la afiliación a Experience Health Medicare Advantage (HMO) podría afectar los beneficios médicos de su empleador o sindicato. Contacte a su administrador de beneficios o a la oficina que responde preguntas acerca de su cobertura para confirmar.

F Elegibilidad para un período de inscripción:

Normalmente usted puede inscribirse en un nuevo plan de Medicare Advantage solamente durante el período de inscripción anual. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Por favor, lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un Período de Inscripción. Si más tarde determinamos que esta información es incorrecta, usted puede ser dado de baja.

- Me estoy inscribiendo durante el **Período de Inscripción Anual** (AEP – 15 de octubre al 7 de diciembre de 2021). Mi plan comenzará a regir el 1 de enero de 2022.
- Me estoy inscribiendo durante mi **Período de Inscripción Inicial** (IEP – 3 meses antes, el mes de, y tres meses después de cumplir 65 años).
- Me estoy inscribiendo durante el **Período de Inscripción Abierta** (OEP – 1 de enero al 31 de marzo de 2022), abandonando otro plan MA para cambiarme a éste.

Si alguna de las circunstancias de abajo aplican para usted, por favor, marque la(s) casilla(s) que corresponda y proporcione la fecha correspondiente (mm/dd/aaaa).

- Recientemente me mudé del área de servicio de mi plan actual. O, recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el / / .
- Me voy a mudar, vivo en, o recientemente me mudé de un centro de cuidado a largo plazo (como una residencia para adultos mayores). Esto sucedió, o sucederá el / / .
- Estuve viviendo permanentemente fuera de los Estados Unidos y recientemente regresé el / / .
- Recientemente fui liberado de prisión el / / .
- Recientemente obtuve la condición de residente legal de los Estados Unidos el / / .
- Tengo Medicare y Medicaid (o Carolina del Norte me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o tengo Extra Help (Ayuda Adicional) para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Recientemente tuve un cambio en mi cobertura de Medicaid (por ejemplo, recién obtuve Medicaid, el nivel de asistencia que obtengo cambió, o perdí Medicaid). Este cambio se produjo el / / .

Recientemente tuve un cambio en la Extra Help (Ayuda Adicional) que obtengo para pagar los medicamentos con receta de Medicare (recién obtuve Extra Help, el monto de ayuda que obtengo cambió, o acabo de perderla). Esto sucedió el / / .

Medicare (o Carolina del Norte) me inscribió en un plan, pero quiero elegir un plan diferente. Mi plan actual comenzó el / / .

Recientemente salí de un programa de PACE el / / .

Recientemente perdí mi cobertura de medicamentos con receta que era igual de bueno que el de Medicare - y no fue mi culpa. Perdí mi cobertura el / / .

Estoy dejando la cobertura de mi empleador o sindicato el / / .

Estoy en un programa de asistencia de farmacia ofrecido por Carolina del Norte.

Mi plan finalizó su contrato con Medicare - o Medicare finalizó su contrato con mi plan. Mi plan está finalizando el / / .
Mi plan es con: .

Ya no califico para mi Plan de Necesidades Especiales (SNP). Finaliza el / / .

Fui elegible para un período de inscripción especial (marqué al menos una casilla de arriba) pero perdí mi oportunidad debido a un desastre natural, como un huracán o una inundación. La Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) lo llamó una emergencia relacionada con el clima o un desastre grave.

Ninguna de estas declaraciones se aplican a mí*.
 Otro motivo del Período de inscripción especial (SEP):
 .
 .

*Si necesita más asistencia para saber si es elegible para inscribirse, por favor, contáctese con Experience Health Medicare Advantage (HMO) llamando al: 1-833-905-1298 o, para usuarios de TTY, marque 711, los 7 días de la semana, de 8 am a 8 pm entre el 1 de octubre y el 31 de marzo; de 8 am a 8 pm Lunes a viernes entre el 1 de abril y el 30 de septiembre.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recolectan información de los planes de Medicare para seguir la inscripción de beneficiarios en los Planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de Beneficios de Medicare, las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recolección de la información. CMS puede utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso de Sistemas de Registro (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan

G**Importante: Por favor, lea y firme abajo:**

- Debo conservar tanto la cobertura Hospitalaria (Parte A) como la Médica (Parte B) y continuar pagando mi prima de la Parte B de Medicare para permanecer en el plan Experience Health Medicare Advantage (HMO) plan.
- Al inscribirme en este plan de Medicare Advantage, acepto que el plan Experience Health Medicare Advantage (HMO) compartirá mi información con Medicare y con otros planes, los que podrían usarla para seguir mi inscripción, realizar pagos, y para otros fines permitidos por las leyes que autorizan la recolección de esta información (ver la Declaración de la Ley de Privacidad arriba).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- La información de este formulario de inscripción es correcta a mi entender. Entiendo que si intencionalmente brindo información falsa en este formulario, seré dado de baja del plan.
- Entiendo que las personas con Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto por la cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- Entiendo a partir de cuando comienza mi cobertura de Experience Health Medicare Advantage (HMO), Debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta del plan Experience Health Medicare Advantage (HMO). Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por Experience Health Medicare Advantage (HMO) contenidos en el documento de Constancia de Cobertura (también conocido como contrato de afiliado o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni Experience Health Medicare Advantage (HMO) pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre en virtud de las leyes estatales de Carolina del Norte) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de la misma. Si estoy firmando como persona autorizada, mi firma certifica que 1) conforme a las leyes estatales estoy autorizado a completar este formulario de inscripción; y 2) la documentación de mi autorización se encuentra disponible a solicitud de Medicare.

Su firma:

Fecha de hoy (mm/dd/aaaa):

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

Primer nombre:

Apellido:

M.I.

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono:

Relación con el inscripto:

Dirección de correo electrónico:

H**Información opcional**

Si prefiere que le enviemos información en un idioma distinto al inglés, comuníquese con Experience Health Medicare Advantage (HMO), al 1-833-777-7394 (TTY: 711) los 7 días de la semana, de 8 am a 8 pm.

Seleccione uno si quiere que le enviemos información en un formato accesible:

Braille Letra grande CD de audio

Por favor, comuníquese con Experience Health Medicare Advantage (HMO), llamando al 1-833-777-7394 (TTY: 711) si necesita información en un formato distinto al enumerado arriba. Nuestros horarios de oficina son los 7 días de la semana, de 8 am a 8 pm Los usuarios de TTY pueden llamar a TTY: 711.

Experience Health es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Experience Health Medicare Advantage (HMO) depende de la renovación del contrato. Para permanecer en Experience Health Medicare Advantage (HMO) debo conservar tanto en el Seguro Hospitalario (Parte A) como el Médico (Parte B). Sólo puedo estar en un plan de Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud de Medicare o plan de medicamentos con receta. Una vez que esté afiliado a Experience Health, tengo derecho a apelar las decisiones del plan acerca del pago o los servicios si no estoy de acuerdo.

Experience Health es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, que presta servicios en Carolina del Norte.

®, SM Marcas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.

USO EXCLUSIVO DE AGENTE AUTORIZADO

Los agentes deben presentar un formulario de inscripción completo dentro de las 24 horas siguientes a su recepción. El agente certifica que tiene la documentación del consentimiento del solicitante para presentar el formulario de inscripción [solicitud en papel firmada o consentimiento verbal grabado (llamar al 833-866-8685)].

Firma del agente:

Aclaración:

Fecha de recepción de la solicitud (mm/dd/aaaa):

 / /

Número de teléfono:

 - -

NPN#: (obligatoria)