

2024

Formulario de cambio de plan de Providence Medicare Advantage Plans



Estimado miembro de Providence Medicare Advantage Plans:

Para hacer un cambio en el plan Medicare Advantage que tiene con Providence Medicare Advantage Plans, complete el formulario de cambio de plan adjunto para informar su decisión. Marque el plan que quiera y firme el formulario. Devuélvanos el formulario completado por correo.

Puede cambiar de plan de salud solo en algunos momentos del año. Del 15 de octubre al 7 de diciembre, se puede unir, cambiar o abandonar un plan médico o de medicamentos de Medicare para el año siguiente. Además, del 1 de enero al 31 de marzo, quien esté inscrito en un plan Medicare Advantage (salvo que sea un plan MSA) puede cambiarse de plan o retomar Medicare Original (y unirse a un plan de Medicare de medicamentos recetados independiente). Generalmente, no puede cambiarse en otras instancias, salvo en ciertas situaciones, como mudarse fuera del área de servicio de su plan, desear unirse a un plan de su área con una puntuación de cinco estrellas o calificar (o perder el derecho) para recibir un beneficio adicional para el pago de la cobertura de medicamentos recetados.

Si selecciona otro plan y recibimos su formulario de selección completado antes del fin de cualquier mes, por lo general su plan de beneficios nuevo comenzará el primer día del mes siguiente. Su prima del plan mensual se determinará según la elección del plan como se indica a continuación. Puede seguir viendo a los médicos de atención primaria y especialistas de Providence Medicare Advantage Plans.

Complete el formulario adjunto solo si desea cambiar de plan.

Para ayudarlo con su decisión, hemos incluido también el Resumen de beneficios de 2024 para las opciones disponibles en línea.

Si tiene alguna pregunta, llame a Providence Medicare Advantage Plans al **503-574-8000** o al **1-800-603-2340**. **Los usuarios de TTY deben llamar al 711**. Atendemos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).

Gracias.

Providence Medicare Advantage Plans

Formulario de cambio de plan

FECHA APELLIDO NOMBRE IN. 2.º NÚMERO DE MIEMBRO
NOM

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA PERMANENTE (NO INGRESE UNA PO BOX) NÚMERO DE TELÉFONO

CIUDAD CONDADO (OPCIONAL) ESTADO CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

Dirección postal, si es diferente a la dirección permanente (PO Box permitida):

DIRECCIÓN

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Quiero transferirme de mi plan actual al plan que seleccioné a continuación. Entiendo que, si este formulario se recibe al final de cualquier mes, mi plan nuevo estará vigente generalmente a partir del 1.º día del mes siguiente. Si este formulario se recibe del 15 de octubre al 7 de diciembre, la fecha de vigencia será generalmente el 1 de enero.

Marque la casilla correspondiente a continuación:

Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

Monto de la prima mensual: \$35

Máx. de gastos de bolsillo:

- Dentro de la red: \$4,800
- Fuera de la red: \$10,000 combinado

Visita a proveedor de atención primaria:

- Dentro de la red: \$0 de copago
- Fuera de la red: \$25 de copago

Visita a especialista:

- Dentro de la red: \$35 de copago
- Fuera de la red: \$50 de copago

Cobertura de internación en hospital:

- Dentro de la red: \$325 de copago por día los días 1-6; \$0 de copago por día el día 7 y los posteriores
- Fuera de la red: 30 % del costo

Atención de emergencia:

\$70 de copago

Ambulancia:

\$250 de copago solo ida

Providence Medicare Pine + Rx (HMO)

Monto de la prima mensual: \$0

Máx. de gastos de bolsillo:

- Dentro de la red: \$5,500

Visita a proveedor de atención primaria:

- Dentro de la red: \$0 de copago

Visita a especialista:

- Dentro de la red: \$45 de copago

Cobertura de internación en hospital:

- Dentro de la red: \$395 de copago por día los días 1-4; \$0 de copago por día el día 5 y los posteriores

Atención de emergencia:

\$90 de copago

Ambulancia:

\$250 de copago solo ida

Formulario de cambio de plan dental suplementario opcional

Seleccione una de las opciones siguientes:

- Abandonar:** Quiero abandonar mi opción de beneficio suplementario actual.
- Agregar o reemplazar:** Quiero seleccionar un beneficio dental suplementario nuevo de la lista que sigue a continuación.
- Básico:** Se le agregarán \$33.00 a su prima médica.
- Mejorado:** Se le agregarán \$45.00 a su prima médica.

⊖ PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO

_____	_____	_____/_____/_____		
NOMBRE DEL MIEMBRO DEL PERSONAL /AGENTE/CORREDOR	N.º DE ID. DEL PLAN	FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA		
(SI LO AYUDAN CON LA INSCRIPCIÓN)				
<input type="checkbox"/> ICEP/IEP	<input type="checkbox"/> AEP	<input type="checkbox"/> SEP (tipo): _____		
	<input type="checkbox"/> No elegible	_____/_____/_____		
		FECHA		
_____	_____	_____	_____	_____
PBP	TRAN. CÓDIGO	PRIMAS	N.º DE GRUPO	N.º DE CONTRATO

La prima de su plan

Puede pagar la prima de su plan mensual (y también las sanciones por inscripción tardía que pueda tener adeudadas) por correo todos los meses. También puede pagar su prima con una deducción automática de su Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios todos los meses.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir un beneficio adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales por medicamentos recetados, los deducibles anuales y los coseguros. Además, quienes califiquen no estarán sujetos al período sin cobertura o a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre este beneficio adicional, comuníquese con su oficina de Seguro Social local o llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas por día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **1-877-486-2048**.

Si califica para recibir un beneficio adicional para cubrir los costos de su cobertura de Medicare de medicamentos recetados, Medicare pagará la totalidad de la prima de su plan o parte de ella para este beneficio. Si Medicare paga únicamente una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubra.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Seleccione una opción de pago de prima:

Recibir una factura mensual

Una vez que reciba su primera factura, puede elegir una opción de pago diferente:

- Puede pagar con tarjeta de crédito/débito, cheque/cuenta de ahorros: los pagos únicos o recurrentes pueden realizarse a través de su cuenta myProvidence en **myProvidence.com** o a través del sitio web de Providence en **Providence.org/PremiumPay**.
- Puede pagar por teléfono: el autoservicio está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando al **1-844-791-1468**. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB).

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(El descuento del Seguro Social/de la RRB puede tardar dos meses o más en aplicarse después de que el Seguro Social o la RRB lo apruebe. Puede que reciba una factura durante los primeros meses antes de que la retención comience. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud para obtener el descuento automático, le enviaremos una carta y facturas en papel para sus primas mensuales).

Seleccione esta casilla si le gustaría recibir información en español.

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

Braille Letra grande CD de audio

Comuníquese con Providence Medicare Advantage Plans al **1-800-603-2340 (los usuarios de TTY deberían llamar al 711)** si necesita información en un formato accesible o en otro idioma que no sea inglés. Nuestro horario de atención es los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).

Firma _____/_____/_____
FECHA DE HOY

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

NOMBRE

DIRECCIÓN

CIUDAD _____
CONDADO (OPCIONAL) _____
ESTADO _____
CÓDIGO POSTAL

() -

NÚMERO DE TELÉFONO _____
VÍNCULO CON EL INSCRITO

Opciones de envío

Envíe las páginas por correo a:

Providence Medicare Advantage Plans
P.O. Box 5548
Portland, OR 97228-5548

Escanee y envíe las páginas

por fax a: 503-574-8653

Escanee y envíe las páginas

por correo electrónico a:

provMedicare@providence.org

PARA USO EXCLUSIVO DEL AGENTE

NOMBRE DEL AGENTE _____
FECHA _____
_____/_____/_____

N.º nacional de productor (NPN): _____
FECHA SOLICITADA DE COBERTURA _____
_____/_____/_____

Certificado de elegibilidad para un período de inscripción

Habitualmente, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage únicamente durante el Período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes afirmaciones con atención y marque la casilla si aplica a usted.

Al marcar alguna de las siguientes casillas, usted confirma que, según tiene entendido, es elegible para un período de inscripción. Si luego determinamos que esta información es incorrecta, se anulará su inscripción.

- Dejaré la cobertura del empleador o sindicato el (indique la fecha): ____ ____/____ ____/____ ____
- Recientemente tuve un cambio en mi beneficio adicional para pagar la cobertura de Medicare de medicamentos recetados (hace poco obtuve el beneficio adicional, tuve un cambio en el nivel del beneficio adicional o perdí el beneficio adicional) el (indique la fecha): ____ ____/____ ____/____ ____
- Me inscribiré durante el período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre).
- Me inscribiré durante un período de inscripción especial (indique la inscripción especial usada): _____
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP)(del 1 de enero al 31 de marzo).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (indique la fecha): ____ ____/____ ____/____ ____
- Recientemente tuve un cambio en mi cobertura de Medicaid (hace poco obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (indique la fecha): ____ ____/____ ____/____ ____
- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacias proporcionado por mi estado.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo un beneficio adicional para pagar la cobertura de Medicare de medicamentos recetados, pero no tuve un cambio.
- Me mudaré a un centro de atención a largo plazo, vivo en uno o me fui de uno recientemente (por ejemplo, una residencia de ancianos o un centro de atención a largo plazo).

Me mudé/mudaré al centro el (indique la fecha): ____ ____/____ ____/____ ____

Me mudé/mudaré del centro el (indique la fecha): ____ ____/____ ____/____ ____

Recientemente perdí mi cobertura de medicamentos recetados acreditable (una cobertura tan buena como la de Medicare) de manera involuntaria. Perdí mi cobertura de medicamentos el (indique la fecha): ____ ____/____ ____/____ ____

- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (indique la fecha): ____ ____/____ ____/____ ____
- Fui perjudicado por una emergencia o una catástrofe grave (según lo declaró la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA] o una entidad gubernamental local, estatal o federal).
Una de las otras afirmaciones que aparecen aquí se aplicaba a mi caso, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción debido a la catástrofe.
Nombre de la catástrofe que lo afectó:

Período de elegibilidad no cumplido debido a la catástrofe: (por ejemplo, período de inscripción inicial, período de inscripción anual, período de inscripción abierta o período de inscripción especial).

 Fui perjudicado por un cambio significativo en la red de mi plan actual y se me notificó el (indique la fecha): ____ ____/____ ____/____ ____

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con Providence Medicare Advantage Plans al **1-800-603-2340** o al **503-574-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para consultar si es elegible para inscribirse. Atendemos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico).