

# **Medicare Advantage Formulario de solicitud de inscripción, Washington**

**Los planes HMO y POS están disponibles para los condados de Chelan,  
Douglas, Grant y Okanogan.**

**Del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021**

# 2021

**Número gratuito 1-877-561-1463 (TTY: 711)**

**Fax 217-902-9727**

**HealthAllianceMedicare.org**

## ¿Quién puede utilizar este formulario?

**Las personas que tienen Medicare que desean inscribirse a un plan Medicare Advantage.**

**Para inscribirse a un plan, usted debe:**

- Ser un ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los E.E. U.U.
- Vivir en el área de servicio del plan.

**Importante:** Para inscribirse a un plan Medicare Advantage, usted debe tener los dos siguientes:

- Programa Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Programa Medicare Parte B (seguro médico)

## ¿Cuándo debo utilizar este formulario?

Puede inscribirse a un plan de las siguientes maneras:

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

Visite [Medicare.gov](http://Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

## ¿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 y número de teléfono permanentes.

**Nota:** Debe completar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura por no haberlos completado.

Health Alliance Northwest es una Organización de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Health Alliance Northwest depende de la renovación del contrato.

## Recuerde:

- Si desea inscribirse a un plan durante la inscripción abierta en otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), debe presentar su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Recibirá una factura por la prima del plan. También puede elegir que se le deduzcan los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios) todos los meses.

## ¿Qué ocurre después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Health Alliance Northwest  
Application Processing Center  
3310 Fields South Drive  
Champaign, IL 61822

Una vez que procesen su solicitud para inscribirse, se comunicarán con usted.

## ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Health Alliance Northwest al (877) 561-1463 (TTY: 711).

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a Health Alliance Northwest o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.



1-877-561-1463 (TTY 711)  
Fax 217-902-9727  
[HealthAllianceMedicare.org](http://HealthAllianceMedicare.org)

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE MEDICARE ADVANTAGE

**Únicamente para uso del personal/agente de la oficina:**

Nombre del miembro del personal/agente/corredor de seguros (si lo ayudaron con la inscripción): \_\_\_\_\_

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_

Número Nacional de Productor (National Producer Number, NPN): \_\_\_\_\_

Marque una opción:  Período de elección de cobertura inicial (Initial Coverage Election Period, ICEP)/Período de inscripción inicial (Initial Enrollment Period, IEP)  Período de elección anual (Annual Election Period, AEP)  Período de inscripción especial (Special Enrollment Period, SEP)/Período de inscripción abierta (Open Enrollment Period, OEP) (el formulario de certificación debe incluirse si se comprueba SEP) Fecha de la reunión de comercialización: \_\_\_\_\_

Comuníquese con Health Alliance Northwest si necesita información en otro idioma o formato (braille).

**Sección 1: es obligatorio completar todos los campos de esta página  
(a menos que estén marcados como opcionales).**

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Companion (HMO)\$29 por mes           | <input type="checkbox"/> Companion Basic Rx (HMO)\$31 por mes |
| <input type="checkbox"/> Companion Rx (HMO)\$64 por mes        | <input type="checkbox"/> Companion Rx Plus (HMO)\$109 por mes |
| <input type="checkbox"/> Companion Basic Rx 2 (HMO)\$0 por mes | <input type="checkbox"/> Companion POS Rx (POS)\$39 por mes   |

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_ Opcional: Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: ( ____ / ____ / ____ ) M M / D D / Y Y Y Y	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de teléfono: (    )    -
---	---	------------------------------------

Dirección del domicilio permanente (no ingrese un Apartado Postal):  
\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Opcional: Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código POSTAL: \_\_\_\_\_

Dirección postal, solo si es diferente de su dirección de residencia permanente (se permite ingresar el apartado postal):

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código POSTAL: \_\_\_\_\_

**Su información de Medicare:**

Número de Medicare: \_\_\_\_\_

**Responda estas preguntas importantes:**

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como la de Asuntos de los Veteranos [Veterans Affairs] o TRICARE) además de Health Alliance Northwest?

Sí  No

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_

Número de miembro para esta cobertura: \_\_\_\_\_

Número de grupo para esta cobertura: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: Lea y firme abajo:**

- Debo mantener tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en Health Alliance Northwest.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, comprendo que Health Alliance Northwest compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder a este formulario puede afectar la inscripción en el plan.
- Confirmando que la información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa en este formulario intencionalmente, cancelarán mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no tienen cobertura por Medicare si se encuentran fuera del país, salvo por una limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- Comprendo que, cuando comience mi cobertura de Health Alliance Northwest, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Health Alliance Northwest. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por Health Alliance Medicare y que se encuentran en mi documento "Evidencia de Cobertura" de Health Alliance Northwest (también conocido como acuerdo de suscripción o contrato del miembro). Ni Medicare ni Health Alliance Northwest pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de este documento. Si lo firma un representante autorizado (tal como se describe anteriormente), esta firma certifica que:

- 1) Esta persona está autorizada por la ley estadual para completar esta inscripción y
- 2) La documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

**Firma:**

**X**

**Fecha actual:**

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

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Vínculo con la persona inscrita:** \_\_\_\_\_

## Sección 2: es opcional completar todos los campos de esta página.

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura por no haberlos completado.

Seleccione a continuación si desea que le enviemos información en un idioma diferente del inglés.

Español

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

Braille  Letra grande  CD de audio

Si tiene alguna pregunta, llame al departamento de servicios de Health Alliance Northwest Medicare al (877) 561-1463 (TTY: 711), todos los días de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Puede dejar un mensaje de voz los fines de semana y los días feriados desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.

¿Trabaja?  Sí  No

¿Trabaja su cónyuge?  Sí  No

Indique su Médico de Atención Primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o más de uno.

Cómo usar su cobertura.

Información y actualizaciones sobre su plan.

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Pago de la prima del plan.

Puede pagar la prima mensual de su plan por correo, "Transferencia Electrónica de Fondos (EFT)" o tarjeta de crédito todos los meses. **También puede optar por pagar la prima todos los meses a través de la deducción automática de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB).**

**Si tiene que pagar un Monto de Ajuste Mensual por Ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D (Part D-IRMAA), usted debe pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan.** El monto generalmente se deduce de su beneficio del Seguro Social, o puede recibir una factura de Medicare (o de RRB). NO le pague a Health Alliance Medicare el IRMAA de la Parte D.

### DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios de los planes Medicare Advantage (MA), 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 del Código de Regulaciones Federales (CFR) (Secciones: 422.50 y 422.60) autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar los datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Sistema n.º 09-70-0588 del Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) de "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", System No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder a este formulario puede afectar la inscripción en el plan.