

Solicitud de inscripción en Geisinger Gold Medicare Advantage

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que quieren inscribirse en un plan Medicare Advantage

Para inscribirse en un plan, usted debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener:

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

¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura a partir del 1 de enero)
- Después de los 3 meses de obtener Medicare por primera vez
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan

Visite 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 aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

Recordatorios:

- Si quiere inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe tener su formulario completo antes del 7 de diciembre.

- Usted recibirá una factura con la prima de su plan. Puede elegir inscribirse para que sus pagos de primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del seguro social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Geisinger Gold

100 N. Academy Ave.

Danville, PA 17822-3227

Una vez que se procese su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a Geisinger Gold al 800-483-2598. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre; o de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. a partir del 8 de diciembre al 14 de octubre. O llame a Medicare al 800-MEDICARE (800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 877-486-2048. En español: llame a Geisinger Gold al 800-483-2598/711 o a Medicare gratis al 800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y habrá un representante disponible para asistirle.

Personas sin hogar

- Si quiere inscribirse en un plan pero no tiene una residencia permanente, un apartado de correos, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correos (por ejemplo, cheques del seguro social) se podrá considerar su dirección de residencia permanente.

Según la Ley de reducción de trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, no se necesita que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes y recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de los plazos calculados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: Oficial de Autorización de Informes de PRA, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún artículo que contenga su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Cualquier artículo que recibamos que no tenga que ver con cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucederá después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Uso exclusivo de la oficina Solicitud: Se fue con el solicitante Correo Oficina Reunión

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____ ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____

Firma del agente/productor _____

Nombre impreso del agente/productor _____

Número de identificación del agente/productor _____

Nombre de la agencia _____

Sección 1: debe completar todas las preguntas de esta sección.

Seleccione el plan en el que quiere inscribirse:

Heritage (HMO) \$____ por mes

Classic Advantage Rx (HMO) \$____ por mes

Classic Complete Rx (HMO) \$____ por mes

Classic Essential Rx (HMO) \$____ por mes

Classic 360 Rx (HMO) \$____ por mes

Value Rx (HMO) \$____ por mes

Secure Rx (HMO D-SNP) \$____ por mes

Nombre:

Apellido:

Inicial del segundo nombre (opcional): _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):

____/____/____

Sexo: M F

Número de teléfono:

____-____-____

Dirección de residencia permanente

(no ingrese un apartado de correos. Nota:

Para las personas sin hogar, un apartado de correos puede considerarse su dirección de residencia permanente):

Preferred Advantage Rx (PPO) \$____ por mes

Preferred Advantage Rx (PPO) con Health+
\$____ por mes

Preferred Complete Rx (PPO) \$____ por mes

Preferred Complete Rx (PPO) con Health+
\$____ por mes

Preferred Enhanced Rx (PPO) \$____ por mes

Ciudad: _____ Estado:

Código postal: _____ Condado:

Dirección postal y dirección de calle, si es diferente a su dirección permanente (se permite apartado postal):

Ciudad: _____ Estado:

Código postal: _____

Su información de Medicare:

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

Responda estas preguntas importantes:

Algunas personas pueden tener otra cobertura médica o de medicamentos, incluido otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de VA o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Tendrá otra cobertura médica además de Geisinger Gold? Sí No

Si responde "sí", indique su otra cobertura y su número de identificación (ID) de esa cobertura:

Nombre de otra cobertura: número de identificación de esa cobertura: número del grupo de esa cobertura _____

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados además de Geisinger Gold? Sí No

Si responde "sí", indique su otra cobertura y su número de identificación (ID) de esa cobertura:

Nombre de otra cobertura: número de identificación de esa cobertura: número del grupo de esa cobertura _____

¿Es residente en un centro de atención a largo plazo, como un hogar para personas mayores? Sí No

Si responde "sí", dé la siguiente información:

Dirección de la institución: _____

Número de teléfono de la institución: _____

Planes HMO: escriba el nombre de su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Nombre del PCP y ubicación del consultorio: _____

Número del PCP: _____

Importante: Lea y firme abajo

- Debo conservar tanto la cobertura del hospital (Parte A) como la cobertura médica (Parte B) para permanecer en Geisinger Gold.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que Geisinger Gold compartirá mi información con Medicare, que podrá usarla para rastrear mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad abajo).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).

- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Geisinger Gold, deberé recibir todos mis beneficios médicos y beneficios de medicamentos recetados de Geisinger Gold. Se cubrirán los beneficios y servicios ofrecidos por Geisinger Gold y contenidos en mi documento de “Evidencia de cobertura” de Geisinger Gold (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni Geisinger Gold pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si doy intencionalmente información falsa en este formulario se cancelará mi inscripción en el plan.
- 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 esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica que:
 1. Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción y
 2. La documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el afiliado:

Pago de las primas de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda deber) por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT) o tarjeta de crédito cada mes. También puede optar por pagar su prima descontándola automáticamente de su beneficio del seguro social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) cada mes. Si tiene que pagar un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan. El monto generalmente se deduce de su beneficio del seguro social, o podrá recibir una factura de Medicare (o de la RRB). **No** le pague a Geisinger Gold la Parte D-IRMAA.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Los artículos 1851 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) “Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (MARx)”, Sistema Nro. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Certificación de elegibilidad para un período de inscripción

Por lo general, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el período de inscripción anual entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año. Esta cobertura entra en vigencia el primer día del año siguiente. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de ese período. Lea atentamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla si cada una de ellas se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, hasta donde sabe, es elegible para un período de inscripción. Si luego determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- Período de inscripción anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre)
- Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Soy nuevo en Medicare.
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente, y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente fui liberado de prisión. Me liberaron el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de los Estados Unidos. Regresé a los Estados Unidos el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente obtuve la condición de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve esa clasificación el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente hubo un cambio en mi plan de Medicaid (obtuve Medicaid recientemente, hubo un cambio de nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid), el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recientemente recibí ayuda adicional, tuve un cambio en el nivel de ayuda adicional o perdí la ayuda adicional) el (escriba la fecha) _____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no ha habido un cambio.
- Me iré a un centro de atención a largo plazo, vivo en él o recientemente lo dejé (por ejemplo, una residencia de ancianos o un centro de atención a larga plazo). Me mudé/me mudaré a/de la instalación el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente dejé un Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE) el (escriba la fecha) _____.
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura de medicamentos recetados (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (escriba la fecha) _____.
- Dejaré la cobertura del empleador o sindicato el (escriba la fecha) _____.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica dado por mi estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Me inscribieron en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (escriba la fecha) _____.
- Me inscribí en un Plan de Necesidades Especiales (D-SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales requerida para estar en ese plan. Me cancelaron mi inscripción en el D-SNP el (escriba la fecha) _____.
- Soy elegible para Medicare debido a una discapacidad.
- Me vi afectado por una emergencia climática o un desastre grave (declarado por la Federal Emergency Management Agency [FEMA]). Una de las otras declaraciones mencionadas se aplicaba a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.
- Ninguna de estas afirmaciones se aplica a mí. Comuníquese con Geisinger Gold al 800-514-0138 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si es elegible para inscribirse. Estamos abiertos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los 7 días de la semana (del 15 de octubre al 7 de diciembre); o lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 8 de diciembre al 14 de octubre).

Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales.

Usted decide si quiere responder estas preguntas. No se le puede negar la cobertura por no completarlos.

Háganos saber si desea que le enviemos información en un idioma distinto al inglés.

Idioma:

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Árabe |
| <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Ruso |
| <input type="checkbox"/> Nepali | <input type="checkbox"/> Hindi |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Gujarati |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

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

- Braille Letra grande CD de audio CD de datos

Comuníquese con Geisinger Gold al 800-498-9731 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita información en un formato accesible distinto a los que se indican arriba. Nuestro horario de atención son los siete días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo; todas las demás fechas son lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. y sábados de 8:00 a. m. a 2:00 p. m.

La información abajo se puede usar para identificar posibles barreras de solicitud, inscripción y cobertura, y las desigualdades para las comunidades que atendemos, de modo que podamos trabajar para mejorar los servicios para todos los miembros. No afecta las opciones del plan, el costo del seguro médico o la elegibilidad. La información de raza y etnia informada por el cliente está protegida contra su revelación o acceso no autorizado.

¿Necesita servicios de interpretación para un idioma hablado o lenguaje de señas?

- Sí No

Raza:

- Indio americano o nativo de Alaska
 Asiático
 Negro o afroamericano
 Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
 Blanco
 No quiere responder

Etnicidad:

- Hispano o latino
 No soy hispano ni latino
 No quiere responder

Identidad de género:

- Masculino
 Femenino
 Hombre transgénero (de mujer a hombre)
 Mujer transgénero (de hombre a mujer)
 Prefiero no revelarlo
 Otro*

Sexo asignado al nacer:

- Masculino
 Femenino
 No figura en el certificado de nacimiento
 Incierto
 Prefiero no revelarlo

Orientación sexual:

- Heterosexual (no lesbiana ni gay)
- Lesbiana o gay
- Bisexual
- Otra cosa*
- No lo sé
- Prefiero no revelarlo

Pronombres:

- Ella/la/las
- Él/él/los
- Ellos/ellas/de ellos o de ellas
- Mi nombre
- No listado*

Estado de veterano:

- Veterano
- Actualmente en servicio
- Nunca estuve en servicio (no soy un veterano)
- Otra cosa*
- Prefiero no revelarlo

Rama de servicio:

- Fuerza aérea
- Guardia Nacional Aérea
- Reserva de la Fuerza Aérea
- Ejército
- Guardia Nacional del Ejército
- Reserva del ejército
- Guardia Costera
- Reserva de la Guardia Costera
- Cuerpo de Marines
- Reserva del Cuerpo de Marines
- Marina de guerra
- Reserva de la Marina
- Varias sucursales

Años de servicio: _____