

¿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 Medicare
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de planes

Visite 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. Los 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 (del 15 de octubre al 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 la prima se debiten de su cuenta bancaria o se descuenten de sus beneficios mensuales de Seguridad Social (o de la Junta de Jubilación del Personal Ferroviario).

U43256, 8/23

¿Qué sucede a continuación?

Envíe su formulario llenado y firmado a:
Experience Health
P.O. Box 25190
Durham, NC 27702

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.

Personas sin hogar:

- Si desea inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, puede usar un Apartado Postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, los cheques del Seguro Social) como su dirección de residencia permanente.

Formulario de inscripción individual 2024 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):

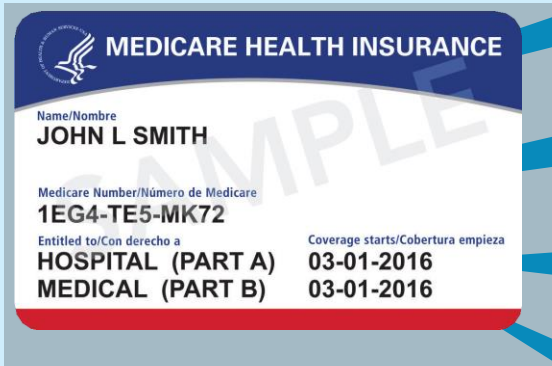
Número de Medicare:

 - -

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

 / /

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

 / /


Fecha de nacimiento (dd/mm/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 postales)

Ciudad:

Estado: Código postal:

Contacto de emergencia: (opcional)

Relación con usted:

Número de teléfono:

B Por favor, verifique el condado 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 identificación nacional de proveedor)

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 de 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 para el pago por correo 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 los ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar este monto adicional además de su prima de Medicare. Por lo general, el monto 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 más acerca de cómo obtener asistencia llame al servicio de atención al cliente.

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.

ID # para esta cobertura:

Grupo # para esta cobertura:

Nombre de la otra 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 2023). Mi plan comenzará a regir el 1 de enero de 2024.
- 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 2024), abandonando otro plan Medicare Advantage para cambiarme a éste.

Si alguna de las siguientes circunstancias se aplican a usted, por favor, marque la(s) casilla(s) que corresponda(n) y proporcione la fecha correspondiente (dd/mm/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 / /]
[¿De dónde se está mudando: .]
(Condado, Estado)

- [Recientemente fui liberado de prisión el / / .]

- [Tengo Medicare y Medicaid (o Carolina del Norte me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Extra Help (Ayuda Adicional) para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare].

- [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 / / .]

- [Me voy a mudar a, 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 / / .]

- [Recientemente salí de un programa de PACE el / / .]

- [Recientemente perdí cobertura de medicamentos con receta que era igual de buena que la 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].
- [Vivía permanentemente fuera de los Estados Unidos y recientemente regresé el / / .]
- [Mi plan finalizó su contrato con Medicare - o Medicare finalizó su contrato con mi plan. Mi plan finaliza el / /].
[Mi plan es con: .]
- [Ya no califico para mi Plan de Necesidades Especiales (SNP). Finaliza el / / .]
- [Era elegible para un período de inscripción especial (marqué al menos una de las casillas anteriores) pero perdí mi cambio debido a un desastre natural, como un huracán o una

inundación. La Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés) lo calificó como una emergencia relacionada con el clima o un desastre mayor].

- [Recientemente obtuve la condición de residente legal de los Estados Unidos el / / .]
- [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 / / .]
- [Estaba registrado en un plan con Medicare (o Carolina del Norte) pero quiero elegir un plan diferente. Mi plan actual comenzó el / / .]
- [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 al 711, los 7 días de la semana de 8 am a 8 pm, entre el 1 de octubre y el 31 de marzo; de lunes a viernes de 8 am a 8 pm, 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. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso de Sistemas de Registro (SORN) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, el no responder puede afectar la inscripción en el plan.



Importante: Por favor lea y firme abajo:

- Comprendo que solo puedo estar inscrito en un plan de Medicare Advantage a la vez, y que mi inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud de Medicare Advantage y/o plan de medicamentos con receta.
- 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 hacer el seguimiento de 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, el no responder 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.
- Comprendo que cuando mi cobertura Experience Health Medicare Advantage (HMO) comienza 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 que constan en mi documento de 'Constancia de Cobertura' de Experience Health Medicare Advantage (HMO) (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 un individuo autorizado, mi firma certifica que 1) estoy autorizado conforme a la ley estatal para completar este formulario de inscripción; y 2) la documentación de mi autoridad está disponible a petición de Medicare.

Su firma:

Fecha de hoy (dd/mm/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 inscrito:

Dirección de correo electrónico: (opcional)

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no las completa.

¿Es hispano, latino/a o de origen español? Seleccione todas las que correspondan.

- No, no soy de origen hispano, latino/a o español
- Sí, puertorriqueño/a
- Sí, otro origen hispano, latino/a o español
- Elijo no contestar.
- Sí, mexicano/a, mexicoamericano/a, chicano/a
- Sí, cubano

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

- Indio americano o nativo de Alaska
- Chino
- Japonés
- Otro asiático
- Vietnamita
- Elijo no contestar.
- Indio asiático
- Filipino
- Coreano
- Otro isleño del Pacífico
- Blanco
- Negro o afroamericano
- Guameña o Chamorro
- Nativo hawaiano
- Samoano

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.

Español

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), al 1-833-777-7394 (TTY: 711) si necesita información en un formato distinto al enumerado arriba. Nuestro horario de oficina es los 7 días de la semana, de 8 am a 8 pm. Los usuarios de TTY pueden llamar al TTY: 711.

Experience Health es un plan HMO con un contrato con 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). Si o 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:

Nombre del agente en letra de imprenta:

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

Número de teléfono:

Número NPN: (requerido)